

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE **902** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Georges SCHMID

Né le 9 octobre 1904 à Paris

LE LOBE FLOTTANT DROIT DU FOIE
DIT LOBE DE RIEDEL

(Travail du Service de M. le Professeur Noël FIESSINGER)

Président : N. FIESSINGER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Georges SCHMID

Né le 9 octobre 1904 à Paris

LE LOBE FLOTTANT DROIT DU FOIE
DIT LOBE DE RIEDEL

(Travail du Service de M. le Professeur Noël FIESSINGER)

Président : N. FIESSINGER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPEP.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET ... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE ... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale
 J. BEZANÇON... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT.....		QUENU.....	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT.....			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOEL FIESSINGER

Médecin de l'Hôpital Necker
Professeur de Pathologie Expérimentale et Comparée
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui m'a fait le très grand
honneur de me confier cette thèse,
d'en diriger l'exécution et d'en
accepter la présidence.*

*Et qui avec tant de bienveillance
m'a permis de profiter des
ressources de son enseignement et
de son service.*

*Je dédie ce travail en témoi-
gnage de gratitude, d'admiration
et de respectueux dévouement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

*Dont les marques d'intérêt me
sont aujourd'hui encore si pré-
cieuses. Je ne saurais oublier
que les seize mois passés naguère
dans son beau service de l'Hô-
pital Saint-Louis comptent parmi
les plus heureux de mon Externat.*

*Qu'il veuille trouver ici l'ex-
pression de ma reconnaissance et
de mon profond attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERNARD DESPLAS

Chirurgien de l'Hospice des Petits-Ménages
Chirurgien en Chef de la Maison des Gardiens de la Paix

*Mon Premier et très cher Maître,
à qui je dois ce que la vie dans
les Hôpitaux m'apporta de
meilleur.*

*Bien faible témoignage de mon
extrême gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GASTON DURAND

Assistant de Consultation Spéciale à l'Hôpital de la Pitié

*En qui j'ai le bonheur d'avoir
trouvé un Modèle, un Guide et
un Ami tout à la fois.*

*Pour lui marquer un peu de
ma reconnaissance et de ma
très vive et très respectueuse affec-
tion.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES DALSACE

Assistant de Consultation Spéciale à l'Hôpital de la Pitié

*En le remerciant pour tout ce
qu'il a bien voulu m'apprendre.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR GOSSET

M. LE PROFESSEUR LEMIERRE

M. LE PROFESSEUR LENORMANT

Externat :

M. LE DOCTEUR CHEVRIER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

M. LE PROFESSEUR NOEL FIESSINGER.

A MES AUTRES MAITRES
DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIGNES

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HALPHEN.

M. LE DOCTEUR DARRÉ.

A MESSIEURS LES DOCTEURS
CELICE, LAYANI, PICHON, POLLET
Médecins des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR MEILLÈRE
Chirurgien des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS
P. BLUM, BURNIER, OLIVIER, PERISSON

INTRODUCTION

Bien que souvent méconnue, sinon ignorée, la déformation du foie dénommée lobe flottant droit ou lobe de Riedel, n'est assurément pas indigne de retenir l'attention du clinicien.

Elle se présente, en effet, comme une tumeur de l'hypochondre droit. C'est une masse d'ordinaire mobile, ballottante et en continuité plus ou moins évidente avec le reste du foie. On conçoit que pareille découverte d'examen puisse faire songer tantôt à une ptose rénale ou à un gros rein, tantôt à une vésicule biliaire distendue, tantôt enfin à une tumeur de foie, du côlon ou du péritoine...

Pour un esprit non prévenu, la confusion devient inévitable dans les nombreux cas où le lobe flottant coïncide avec la lithiase biliaire, et dans les cas plus rares où il est découvert chez un hépatique, un ptosique ou à l'occasion d'une affection générale accidentelle.

Comme en font foi les observations publiées — et elles ne manquent pas — le lobe de Riedel est presque régulièrement responsable d'une erreur de diagnostic redressée par l'intervention chirurgicale.

Dans la pratique, ces exemples ne sont pour

ainsi dire jamais évoqués en présence d'une tuméfaction abdominale droite qui ne fait pas sa preuve. Il ne saurait en résulter que des mécomptes, car le lobe de Riedel est loin de constituer une rareté.

C'est pour en rappeler la fréquence et le réel intérêt clinique, que M. le Professeur Noël FIES-SINGER, nous a confié ce travail. Les documents de notre Maître et les observations personnelles recueillies dans son service nous ont conduit à constater que, comme il l'enseigne, une palpation attentive parvient, en général, à reconnaître au lobe de Riedel un ensemble de caractères physiques qui ne se rencontrent réunis dans aucune autre tumeur de l'abdomen et que, ces caractères et souvent même un seul d'entre eux, la perception d'un bord tranchant, permettent de formuler un diagnostic dont l'importance pratique ne nous semble pas négligeable.

LES LOBATIONS ANORMALES DU FOIE

DÉFINITION DU LOBE DE RIEDEL

TERMINOLOGIE

I. LES LOBATIONS ANORMALES DU FOIE. — On étudie sous ce titre, diverses anomalies hépatiques dont l'aspect et la signification paraissent assez dissemblables.

1^o *Le foie multilobé* : Il n'en existe que de très rares exemples, tels les foies à 12 et même à 16 lobes décrits par SOMMERING et par MOSER. Il s'agirait là d'une forme phylogénique rappelant la disposition du foie de certains animaux (lobes séparés groupés autour d'un lobe central).

2^o *Les foies succenturiés et certains lobes surnuméraires* : ils se montrent éminemment variables dans leur nombre, leur forme, leur volume et surtout dans leur siège (faces supérieure et inférieure des lobes droit et gauche).

Les malformations précitées dont on trouvera la description dans la thèse de JACQUEMET (Lyon, 1895-96) et quelques observations dans les Bulletins

de la Société Anatomique de Paris, constituent des curiosités sans grand intérêt pratique.

3^o Autrement communs et importants au point de vue clinique sont les pseudo-lobes accessoires attenant à la partie inférieure du lobe droit ou du lobe carré. On les désigne sous le nom de *lobe flottant droit* ou encore sous celui de *lobe de Riedel*. Eux seuls feront l'objet de la présente étude.

On a coutume d'en décrire trois variétés : le lobe flottant banal, le lobe de constriction, la languette hépatique, individualisées chacune par des caractères tirés de l'étiologie, de l'anatomie et de la clinique.

A. LE LOBE FLOTTANT BANAL. — Il ne ressortit à aucune cause évidente. On le regarde comme une anomalie congénitale. Sa configuration est des plus variables. A sa jonction avec le foie, on note, suivant les cas, une profonde incisure ou un pédicule formant « charnière » autour de laquelle le pseudo-lobe se meut librement d'où son nom de lobe flottant. Il coexiste souvent avec des appendices analogues développés aux dépens des autres lobes du foie. Sauf complications *in situ*, il présente les attributs du foie normal et son histoire clinique se résume à l'existence, dans l'hypochondre droit, d'une « tumeur » découverte par hasard.

B. LE LOBE DE CONSTRICTION. — (CHARPY et SOULÉ). C'est une variété du « foie de constriction »

ou « foie du corset » (*Schnürleber*, *corset liver* ou *tight-laced liver*, *fegato strezzato* ou *cordato*). Il serait lié à la striction de la taille par le corset.

Les témoins de la compression thoracique qui lui confèreraient toute son autonomie sont :

a) presque toujours un sillon plus ou moins profond imprimé par le rebord costal ;

b) souvent des sillons diaphragmatiques ou costaux ;

c) souvent aussi un aplatissement transversal de la glande qui apparaît bombée vers le haut et déformée en dôme (ЧАРПУ). Parfois même, le lobe droit, étranglé en son milieu, donne l'impression de deux lobes superposés (*foie en sablier*, *hour-glass shaped liver des Anglais*).

Cliniquement, il se signale par sa situation à distance et à droite de la région cystique et par l'absence de signes de grave inflammation du cholécyste.

C. LA LANGUETTE HÉPATIQUE (CHAUFFARD, LÓPEZ), seule, mériterait l'appellation, d'ailleurs impropre, de lobe de Riedel. Elle ne saurait être confondue avec les autres lobes surnuméraires : ses contours dessinent une langue ; elle n'est point pédiculée, mais souvent sillonnée ; son siège est cystique ou para-cystique ; elle présente souvent des lésions de cirrhose biliaire. Enfin, elle relève d'une grave affection, ordinairement calculieuse, de la vésicule biliaire.

Or les faits, tels qu'ils apparaissent à l'analyse des observations, ne justifient pas toujours la précédente distinction.

a) Le lobe flottant, quelle qu'en soit la forme, peut coïncider avec une affection vésiculaire (cas de TERRIER et BAUDOIN). Il en est ainsi notamment pour le foie de constriction (LEUE, PETERS, SOULÉ).

La languette hépatique se voit en dehors de toute altération de la vésicule (exemples de RIEDEL, de GENOUVILLE, de WILHELMI). RIEDEL tourne la difficulté en rapportant ces cas à un type étiologique différent et indéterminé. Mais éluder n'est pas résoudre. L'association avec une cholécystopathie ne prouve pas que celle-ci préside dans tous les cas au développement de la languette. Nous le verrons ultérieurement.

b) Le corset ne se porte plus. Il n'en est pas moins vrai qu'on rencontre encore, chez nombre de jeunes femmes, des malformations identiques à celles décrites par CHARPY et SOULÉ.

c) Pour une forme donnée la cause n'est pas invariable.

d) Les différences cliniques semblent tenir à des accidents hépatiques ou biliaires surajoutés.

Dès lors, et sans préjuger ni de l'anatomie ni de l'étiologie, n'y a-t-il pas lieu de voir dans ces déformations si voisines, une seule et même anomalie, tantôt pure et sans inconvénient, tantôt compliquée de lésions hépatiques ou biliaires qui en modifient l'aspect, l'évolution et le pronostic ? Nous le pen-

sons. C'est pourquoi nous proposons la définition suivante.

DÉFINITION DU LOBE DE RIEDEL. — Nous décrivons sous le nom de *lobe flottant droit ou lobe de Riedel*, une anomalie hépatique caractérisée par le fait que toute ou partie de la portion inférieure du lobe droit ou du lobe carré se projette dans l'abdomen et y figure une masse en général pseudo-lobaire, sans qu'il existe nécessairement d'autre altération du foie ou des organes avoisinants.

TERMINOLOGIE. — Elle varie avec les auteurs :

— Lobe flottant droit ou lobe mobile droit (TERRIER et BAUDOIN, et les auteurs français).

— Hépatoptose partielle ou foie partiellement mobile (TERRIER et AUVRAY).

— Lobe de constriction (CHARPY et SOULÉ).

— Languette hépatique (GENOUVILLE, CHAUFFARD LÓPEZ).

— Tongue-like lobe, linguiform ou appendicular lobé (ROLLESTON).

— Lobe de Riedel (LOCKWOOD et les auteurs de langue anglaise).

D'après ce qui précède, on voit que nous ne saurions adopter les termes trop précis de lobe de constriction, de languette hépatique, de lobe linguiforme ou appendiculaire, car ils comportent une particularité d'ordre anatomique ou étiologique.

L'anomalie ne constituant pas un véritable lobe, certains auteurs la décrivent sous le nom de *lobule*. Rien n'est moins acceptable ; le mot lobule, quand on parle du foie, désignant une entité histologique bien définie.

TERRIER et AUVRAY ont écrit : « Les termes de foie partiellement mobile, d'hépatoptose partielle et de lobe flottant peuvent être également employés indistinctement l'un pour l'autre. »

Bien que le lobe aberrant puisse apparaître comme une sorte de dislocation du foie comparable à celle de certains estomacs dits ptosés, d'autres états portent plus justement l'appellation d'hépatoptose partielle. Ce sont les cas dans lesquels le foie, pour ainsi dire « subluxé », n'est plus en contact régulier avec le diaphragme. Cette hépatoptose partielle ne se distingue de la ptose totale, véritable « luxation en masse », que par une différence de degré. Elle n'implique aucune déformation de la glande. Par contre, comme toute ptose, elle exige la chute de la région fixée de l'organe et l'allongement de ses moyens de suspension. Le foie à lobe flottant, lui, reste à sa place normale. On ne saurait regarder comme un argument autorisant cette dénomination la possibilité d'un lobe de Riedel chez les sujets porteurs d'un foie abaissé, quoique le prolapsus hépatique ait été invoqué dans la genèse de notre anomalie.

Certes, RIEDEL envisage le prolongement hépatique dans ses rapports avec les affections vésicu-

lares. Mais il le signale aussi en d'autres circonstances, ce qui est moins connu. L'expression de lobe de Riedel adoptée par la généralité des auteurs anglo-américains est assez usitée en France. Elle n'énonce en soi aucune particularité d'aucune sorte, elle n'a que le sens qu'on lui donne. C'est affaire de convention. « Il en est de ce mot, comme de tous ceux qui, acceptés par l'usage, ne signifient rien en eux-mêmes : ce sont les meilleurs, car ils comportent toute une définition en représentant à l'esprit l'idée tout entière de l'objet qu'ils désignent. » Ainsi plaidait TROUSSEAU pour le mot « danse de Saint-Guy » (1). Nous ne saurions mieux dire en faveur du terme « lobe de Riedel ». Nous le tiendrons pour synonyme de lobe flottant droit sans nous dissimuler l'abus de langage que nous commettons. ni l'injustice qu'il consacre : le lobe flottant ayant été décrit pour la première fois en France et plus de quarante années avant le mémoire du chirurgien d'Iéna.

(1) A. TROUSSEAU. — *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*. Paris 1882, tome II, p. 226.

III

HISTORIQUE

L'histoire du lobe de Riedel commence par celle des méfaits du corset.

Le corset fut pendant longtemps un véritable instrument de torture. Il était naturel qu'à cette époque, on l'accusât d'engendrer les plus graves désordres.

Dès le ^{xviii}^e siècle, semble-t-il, les médecins en dénoncèrent les dangers. Pourtant, dans l'opuscule « Ueber die Wirkungen der Schnürbrüste » que Sömmering fit paraître à Berlin en 1793, et qui résume les connaissances médicales du temps sur la question, on chercherait vainement trace de lobation anormale du foie. La seule déformation mentionnée consiste dans l'aplatissement transversal de la glande, dans son bombement vers le haut, aspect déjà figuré par MASCAGNI cent ans auparavant.

C'est CORBIN (1), un auteur français qui, en 1830,

(1) CORBIN (E.). — Effets produits par les corsets sur les organes de l'abdomen et en particulier sur le foie *Gazette médicale de Paris* 1830, p. 151-153.

signale pour la première fois la déformation typique. Sur le foie d'un très grand nombre de femmes, écrit-il, on remarque la présence « d'un sillon transversal plus ou moins prononcé, quelquefois tellement profond que le foie dont la partie inférieure se relève au-dessous de ce point, paraît en quelque sorte coupé ». L'auteur en note « la très grande fréquence sur le lobe droit ».

Quatre ans plus tard, dans la première édition de son *Anatomie Descriptive*, CRUVEILHIER indique ces anomalies. « Le foie, dit-il, déborde plus ou moins la base du thorax, descend jusque dans la fosse iliaque droite et atteint même le détroit supérieur sans lésion aucune de sa substance » (1).

CRUVEILHIER ajoute que cela peut se voir « dans certaines malformations (presque toujours acquises) du foie » (1). Il pense évidemment avant tout au corset.

En 1838, CHASSAIGNAC, présente à la Société Anatomique de Paris, le foie d'une femme de 40 ans, « dont la face supérieure est divisée en deux parties séparées par un sillon transversal ; le bord antérieur, au lieu d'être tranchant, est épais et lobuleux ».

CRUVEILHIER figure dans son *Atlas d'Anatomie Pathologique* un cas de lobe de Riedel, analogue à ceux que l'auteur allemand devait rapporter en 1888. Voici les commentaires qui accompagnent cette belle illustration (voir figure I) (2).

(1) CRUVEILHIER. *Anatomie Descriptive*, Paris 1834, p. 552-554.

(2) CRUVEILHIER. *Atlas d'Anatomie Pathologique*, livraison 29 planche IV.

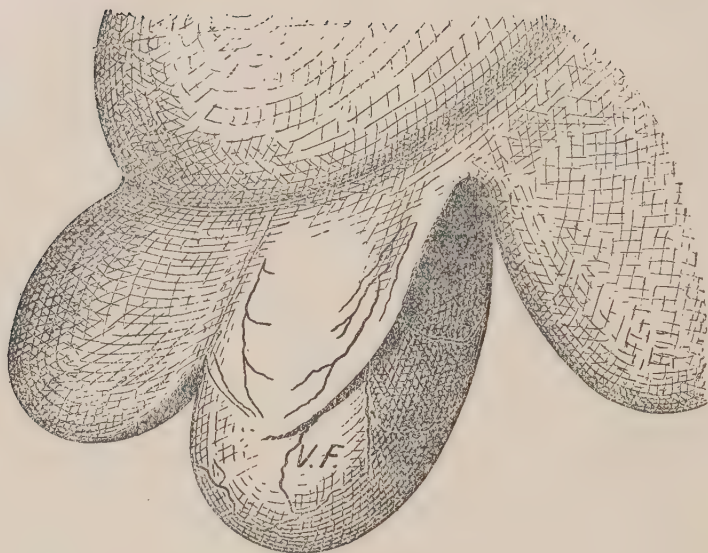


Figure I. — D'Après CRUVEILHIER
(*Atlas d'Anatomie Pathologique*, livraison 29. Planche IV):

« La figure 1 représente la partie inférieure de la face convexe du foie. La 12^e côte et le rebord cartilagineux de la base du thorax ont imprimé sur cet organe un sillon très prononcé... Toute la partie du foie qui est au-dessous de ce sillon débordait donc les fausses côtes. La vésicule du fiel V. F., très volumineuse descendait jusque dans la fosse iliaque droite ; la portion du foie correspondant à la fossette de la vésicule T. F. avait subi la transformation fibreuse. Le col de la vésicule est rempli par un calcul biliaire anguleux sur lequel elle se moule exactement ; la vésicule contient une sérosité limpide. Trois calculs à facettes flottaient au milieu de cette sérosité. Un quatrième calcul était enchâssé ou enkysté de manière à

pouvoir être difficilement retiré de l'espèce de chaton dans lequel il était comme emprisonné. Le canal cystique y était très resserré, sans être toutefois oblitéré. »

Il convient de souligner que le lobe aberrant s'est développé au-dessus d'une vésicule atteinte d'hydropisie. Cependant, CRUVEILHIER l'attribue à la striction du corset, et un peu plus loin il ajoute : « Ces déformations sont très importantes à connaître en pathologie, et depuis que j'ai étudié ce sujet, je ne commets l'erreur... qui consiste à regarder comme malade tout foie qui déborde les côtes ».

La fréquence de ces malformations et leur intérêt clinique attirent désormais l'attention. Au point que, d'après QUINCKE et HOPPE-SEYLER, FRERICHS, dans son ouvrage : « Klinik der Leberkrankheiten » paru en 1861, consacre à la question un assez long développement accompagné de figures. Nous en retrouvons la description dans son *Traité pratique de Maladies du foie* (1877) (traduit par DUMÉNIL) sous le titre : « Difficultés de diagnostic dues aux différences congénitales ou acquises de configuration du foie. » Mais l'auteur y décrit surtout ce qu'il appelle le « foie cordé » qui représente une déformation globale de la glande. RENDU y fait allusion dans le dictionnaire de DECHAMBRE (1).

La première observation d'un cas typique de lobe

(1) *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales de Dechambre, article Foie* (Pathologie générale), p. 710.

de Riedel se trouve dans une des célèbres cliniques de TROUSSEAU (1).

Nous la reproduisons in extenso :

Dans le courant de l'année 1863, entrant au N° 28 de la salle Saint-Bernard, une femme de cinquante-trois ans. Elle nous apprenait que quelques années auparavant, elle avait été reçue dans le service de M. BÉHIER, à l'hôpital Beaujon, et traitée d'une paraplégie avec lésion du corps des vertèbres. La paraplégie avait été heureusement guérie.

Nous fûmes tout d'abord frappés de la teinte profondément ictérique de la peau, et notre attention dut immédiatement se fixer sur le foie. La malade nous raconta que depuis quelques semaines elle éprouvait de violentes crampes d'estomac qui étaient accompagnées de nausées, quelquefois de vomissements, le lendemain la peau devenait jaune, les urines prenaient une teinte très foncée. Chaque fois qu'elle avait ces accidents, elle prenait de la fièvre caractérisée par un frisson suivi d'une chaleur vive et prolongée, sans sueur consécutive. Quelques semaines après son entrée à l'hôpital, elle eut une colique beaucoup plus violente. La douleur de la région hépatique prit une intensité extrême, et pendant une semaine au moins nous pensâmes qu'il était survenu une forte hépatite, avec une inflammation de la vésicule. Puis pendant près d'un mois, il y eut, chaque jour, un frisson revenant à peu près à la même heure, suivi de chaleur et de sueur ; l'ictère ne diminuant pas, la douleur s'exaspérant toujours au début de l'accès fébrile.

Nous restions dans l'idée que la fièvre était causée par

(1) TROUSSEAU. — *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*. Paris 1882, tome III, p. 247-251.

l'hépatite, et par l'inflammation de la vésicule sollicitée chaque jour par un calcul qui se présentait à l'entrée du col cystique.

Quand on palpa le foie, on trouvait le viscère dur et très sensible dans toute son étendue. A droite le grand lobe dépassait de 6 à 8 centimètres le rebord des côtes et, comme les parois du ventre étaient souples et minces, il était facile de suivre le bord tranchant du foie, jusqu'au point où il se perdait sous l'hypochondre gauche.

Après que, dans l'étendue de 10 centimètres à peu près, on avait suivi le bord tranchant du foie, en allant de droite à gauche, tout à coup on trouvait un ressaut formé par un corps orbe, tenant au reste du foie par sa base, et faisant saillie en bas : il pouvait avoir le volume d'une petite orange, il était dur, sans inégalités, et fort douloureux ; puis venait une autre scissure, limitant à gauche la saillie dont nous venons de parler, et nous retrouvions alors le bord du foie, que nous pouvions suivre désormais avec la plus grande facilité.

Toutes les personnes qui fréquentent le service purent répéter cette exploration, et toutes, comme nous, pensèrent que la tumeur que l'on sentait sur le rebord du foie était formée par la vésicule distendue ; aussi nous restâmes plus que jamais attachés à l'idée qu'il y avait des calculs dans la vésicule, une oblitération du canal cystique par un des calculs, une inflammation de la vésicule avec distension extrême, et en même temps hépatite subaiguë.

Cependant, deux mois après son entrée, notre malade sortait en parfait état. L'ictère s'était à peu près dissipé ; les douleurs paroxystiques ne s'étaient plus reproduites qu'à d'assez longs intervalles, puis elles avaient cessé. La fièvre était tombée, l'appétit, l'embonpoint étaient revenus ; il ne restait plus, quand la malade quitta l'hôpital, qu'une douleur toujours assez vive dans la région hépatique, et la tumeur dont nous avons parlé avait diminué à peu près

de moitié. Il devenait évident pour moi que les calculs étaient restés et que la vésicule les tolérait aujourd'hui.

Mais à la fin de décembre 1863, cette femme, qui avait joui pendant six mois d'une bonne santé, rentrait dans notre service pour des accidents en tous points identiques à ceux pour lesquels nous l'avions déjà soignée : mêmes douleurs hépatiques, survenant toujours vers le soir, d'une façon irrégulièrement intermittente, toujours accompagnées d'un véritable accès de fièvre, avec frisson ordinairement peu violent, et toujours suivies d'ictère : l'accès fébrile et l'ictère ayant une intensité proportionnelle à celle des douleurs. Dans l'intervalle de celles-ci, la santé était tolérable ; l'appétit revenait, la malade se levait, descendait au jardin, se livrait aux travaux de son sexe et perdait peu à peu sa teinte ictérique ; parfois même les périodes de rémission étaient assez prolongées pour que la malade parlât de nous quitter. Cependant, elle portait toujours dans l'hypochondre droit une tumeur volumineuse, présentant toujours la même forme que j'ai décrite, douloureuse au moment des accès, et très peu sensible, au contraire, dans les intervalles de rémission.

A la suite des efforts de vomissements causés par les attaques de colique hépatique, une hernie inguinale s'était produite à droite, et de temps à autre cette hernie faisait souffrir la malade. Or, le 20 mai 1864, les vomissements devinrent tout à coup extrêmement fréquents, une vive douleur se faisait simultanément sentir dans la tumeur herniaire, et le lendemain matin il n'était pas douteux que la hernie s'était étranglée. L'opération de la kélotomie fut faite, mais la femme n'en succomba pas moins deux jours plus tard.

Voici les lésions imprévues que nous trouvâmes du côté du foie.

Les dimensions de la glande ne sont pas très notablement augmentées : l'organe déborde d'environ 4 à 5 cen-

timètres le rebord des fausses côtes, et présente, vers son bord tranchant, une disposition singulière. Une échancrure profonde marque la séparation entre la portion gauche et la portion droite ; mais un peu plus en dehors, une nouvelle échancrure se manifeste sur le bord antérieur : entre ces deux scissures se trouve compris un gros lobule à forme arrondie, dont la présence, en cet endroit, a pu faire croire à une saillie de la vésicule biliaire, distendue par des calculs.

L'aspect général de la glande rappelle celui de la cirrhose. Sa surface externe est parsemée d'une multitude de granulations d'un blanc jaunâtre, entre lesquelles on aperçoit la teinte d'un brun foncé de la masse glandulaire ; la couleur de l'organe est cependant beaucoup moins jaune que dans la cirrhose, et sa déchirure n'offre point l'aspect granuleux qui caractérise cette lésion.

A sa face inférieure le foie semble présenter une double vésicule biliaire : on voit, en effet, au niveau de la fossette de la vésicule, deux tumeurs piriformes, l'une et l'autre manifestement distendues par des calculs. La poche la plus volumineuse est située en dedans (c'est la vésicule), immédiatement en dessous de ce lobule isolé que nous avons décrit. Sa forme globuleuse, et la résistance qu'elle présente, indiquent suffisamment l'existence de masses solides à son intérieur. Le col de cette tumeur donne naissance à une multitude de canaux très dilatés qui sont arrondis à l'intérieur des lobules. Parmi ces canaux, on en remarque principalement deux qui décrivent deux courbes concentriques, à concavité tournée en avant : le premier se rend dans la partie supérieure et postérieure du lobe gauche ; le second envoie une ramification dans le lobe carré et se perd dans la partie antérieure de l'extrémité interne du foie.

Il n'existe donc aucune trace de la disposition habituelle des conduits biliaires ; on ne peut trouver de canal

cholédoque. Un cordon fibreux compris dans l'épaisseur d'un repli péritonéal passe de la partie moyenne du conduit curviligne que je viens de signaler et se dirige en bas ; mais il est coupé à l'extrémité de son origine, ce qui ne permet point d'en découvrir la terminaison.

Quant à la poche accessoire, située en dehors de la vésicule, à laquelle elle adhère par son sommet, elle présente une forme ovoïde et se trouve fixée à la face inférieure du foie par les adhérences intimes, qui la maintiennent dans une immobilité complète.

Après avoir constaté ces dispositions à l'extérieur, on procède à l'ouverture du réservoir biliaire et des conduits afférents. Chaque incision pratiquée sur le trajet des canaux dilatés laisse échapper des flots de bile jaune renfermant beaucoup de petits graviers. La vésicule, à sa partie inférieure, renferme un calcul du volume d'une grosse noix, arrondi, et jaune à l'intérieur comme à l'extérieur. Au-dessus du point occupé par le calcul, une vaste ampoule cylindroïde constitue un réservoir commun auquel viennent aboutir tous les canaux biliaires. Les parois de la vésicule sont notablement épaissies.

A la base de cette dilatation des capillaires, immédiatement au-dessus du calcul et en dehors, se trouve une série de lignes figurant assez bien les pas-de-vis du canal cystique. Au-dessus de ce point, on voit une cicatrice arrondie dont le centre est percé d'un étroit pertuis, qui conduit dans la poche accessoire que nous allons maintenant décrire. Un autre trajet fistuleux vient aboutir au duodénum.

La poche accessoire, remplie de trois gros calculs et de trois petits, tous à facettes, décolorés à l'extérieur et jaunes à l'intérieur, communique avec la vésicule par une petite cavité dans une ampoule arrondie, qui ressemble parfaitement à un canal rétréci à ses deux extrémités. Le fond de cette poche est large, et rempli par les trois calculs que nous

avons signalés. Les parois, fort épaisses, présentent, à l'intérieur, une membrane marbrée d'arborisations vasculaires et remplies d'un liquide blanchâtre, dans lequel le microscope fait voir de nombreux globules de pus, mêlés à des gouttelettes graisseuses. Les parois mêmes de cette poche, examinées au microscope, n'ont offert que des éléments de tissu conjonctif ; la surface interne de cette cavité est tapissée par un épithélium pavimenteux.

Le duodénum, parfaitement sain d'ailleurs, a contracté d'intimes adhérences avec la vésicule ; c'est à travers ces adhérences (par un trajet oblique) qu'est établie une communication fistuleuse entre la vésicule et le tube digestif. L'orifice intestinal est parfaitement lisse et arrondi, il s'ouvre au commencement de la seconde portion du duodénum et laisse passer sans difficulté la canule d'un trocart capillaire. L'orifice opposé est plus petit, et semble taillé à l'emporte-pièce.

C'est donc par cette voie indirecte que la bile filtrait de temps en temps dans l'intestin, en l'absence du conduit cholédoque oblitéré. Restait à déterminer la position des vestiges de ce conduit. Les lignes en pas-de-vis, situées auprès de l'orifice de communication de la vésicule avec le kyste voisin, semblaient indiquer que là se trouvait l'origine du canal cystique : la vésicule proprement dite se réduisait donc à la poche qui renfermait le calcul, et l'ampoule énorme qui la surmontait, et qui recevait tous les canaux biliaires, n'était que le canal hépatique énormément dilaté.

Quant au canal cholédoque, c'est sans doute le cordon fibreux, ou une ramification du conduit hépatique, qui en représentait le dernier vestige. Effectivement, ce cordon occupait le siège anatomique du canal excréteur de la bile, il offrait une cavité distincte dans une longueur de 2 à 3 millimètres, et devenait ensuite imperméable. Il est fâcheux qu'il n'ait pas été possible d'en suivre le trajet

jusqu'à l'ampoule de Vater, ce qui aurait jugé la question. Mais on ne saurait douter que la poche accolée à la vésicule biliaire et communiquant avec elle, n'ait été un kyste accidentel formé autour de calculs tombés dans la cavité péritonéale.

Ce fait présentait, entre autres particularités remarquables, une série d'attaques de coliques hépatiques dont chacune était caractérisée par un véritable accès de fièvre intermittente, venant toujours dans l'après-midi. Quelle était la cause de cette intermittence, dans les phénomènes, alors que la lésion des voies biliaires était si profonde, si invétérée et si permanente ?

J'ajoute encore qu'il était impossible de ne pas prendre pour la vésicule distendue par des calculs un lobule irrégulier qu'on sentait à travers les parois de l'abdomen. Or, on voit ici l'embarras du chirurgien qui aurait osé porter une main téméraire sur cette prétendue vésicule, en vue d'évacuer les calculs supposés. Je ne fais cette allusion que parce que quelques-uns de ceux qui suivent la visite avaient discuté un moment l'opportunité d'une opération que, pour ma part, j'aurais formellement repoussée.

Depuis TROUSSEAU, l'anomalie ne fait guère parler d'elle jusqu'en 1888. Cependant, si l'on en croit MARCHAND, HELLER aurait déjà décrit, en 1886, chez les sujets atteints de lithiase biliaire un appendice du foie relevant, selon l'auteur, autant de la tuméfaction du cholécyste que de la striction thoracique. Celle-ci, d'ailleurs, gêne le cours de la bile vers le duodénum, entraîne de la stase biliaire et conditionne ainsi la distension vésiculaire et la formation des calculs, opinion déjà émise par BOLLINGER, en 1884.

Toutes ces notions sont rappelées par MARCHAND (1888-89) qui depuis longtemps les avait fait siennes et avait du reste observé, en 1880 puis en 1884, un cas de cet appendice coïncidant avec un cancer de la vésicule.

Quoi qu'il en soit, seul le mémoire de RIEDEL (1888) (1) attire l'attention. Il rapporte 10 observations de « prolongement hépatique » lié

- 6 fois à une grosse vésicule (dont 3 calculeuses) ;
- 1 fois à une tumeur maligne de la vésicule ;
- 1 fois à une pyonéphrose droite ;
- 2 fois, enfin, le prolongement existait sans lésion importante des organes voisins (dans un cas, vésicule à bile noire).

RIEDEL admet le rôle de la constriction par le corset, mais pour les 8 premiers cas, il incrimine surtout la traction exercée sur le parenchyme hépatique par une grosse vésicule ou une tumeur inflammatoire ayant contracté des adhérences avec une zone limitée du foie. L'intervention (cholécystotomie ou exérèse de la tumeur) suffit pour faire régresser complètement l'anomalie. Cette dernière n'indique une « tumeur » de la vésicule que lorsque l'abdomen, au-dessous du prolongement, se montre sensible spontanément ou à la pression et qu'il existe des signes manifestement vésicu-

(1) RIEDEL. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1888, n° 29, p. 577-581 et n° 30, p. 602-607.

lares (coliques hépatiques, vomissements abondants et répétés).

La même année, presque en même temps que RIEDEL, TERRIER et BAUDOIN (1), puis PICHEVIN, publient chacun une observation intéressante. Pour la première fois, à notre connaissance, le nom de lobe flottant entre dans la terminologie. Voici ces 2 observations résumées :

1^o Observation de Terrier et Baudoin (2).

Il s'agit d'une femme de 52 ans, sans autres antécédents que des digestions pénibles et de la constipation. Elle a présenté depuis peu, à 4 semaines d'intervalle, 2 crises caractérisées par des douleurs abdominales surtout vives dans le côté droit, irradiant vers les lombes et l'épigastre, nécessitant l'alitement et suivies de la constatation d'une tumeur de l'abdomen. Pas de jaunisse ni de coliques hépatiques franches. A l'hôpital, on attribue ces crises à un rein flottant.

Au moment de l'examen : douleurs dans la position assise et surtout quand la malade reste longtemps debout. Ces douleurs s'accompagnent alors de pesanteur dans le bas ventre ; elles sont calmées par le décubitus.

L'examen montre un abdomen souple, non douloureux à droite, sauf si l'on essaye de mobiliser la tumeur. Point

(1) Le mémoire de RIEDEL est du 23 juillet 1888 ; il est donc antérieur à l'observation de TERRIER et BAUDOIN publiée le 18 août 1888. Nous ne donnons ce détail sans importance, que pour répondre à certaines affirmations contraires. Les exemples de CRUVEILHIER et de TROUSSEAU établissent suffisamment que les premiers cas furent décrits en France.

(2) TERRIER et BAUDOIN. — *Progrès Médical*, 1888, tome VIII, p. 121-123.

douloureux près de l'ombilic. Tumeur lisse, grosse presque comme deux poings, solide, allongée de haut en bas et de dehors en dedans, descendant jusque dans la fosse iliaque, arrivant à 2 travers de doigt de la ligne blanche, extrêmement mobile en tous sens. On peut la saisir par en bas surtout ; son extrémité supérieure est indistincte, sa matité est uniforme. Examen lombaire négatif. Rien ailleurs.

L'opération pratiquée le 8 mai 1888 (TERRIER) montre : un rein en place et normal, un lobe du foie très développé qui descend vers l'ombilic et la fosse iliaque droite ; il est dur, comme sclérosé, mais sans irrégularités à sa surface. La vésicule, distendue, contient un volumineux calcul ; légère péricholécystite près du col vésiculaire. — Cholécystostomie. — La malade sort le 14 juin avec une petite fistule biliaire.

Le 31 juillet : pas de douleurs vives. Au palper attentif, on se rend compte que le rein n'a rien à voir avec la tumeur. Le palper bimanuel sent un rein remontant un peu dans sa loge celluleuse, et ceci, nettement au-dessous du lobule hépatique qu'on a soulevé. Le foie est gros, sa limite est dans le 6^e espace. Le lobe flottant mesure 26 cm. du xyphoïde à son extrémité inférieure et 17 cm. sur la ligne mamelonnaire ; il est large de 12 cm. à sa partie moyenne et de 18 cm. sur la ligne spino-ombilicale droite.

En résumé : lobe flottant et calcul vésiculaire que le point douloureux para-ombilical aurait dû faire soupçonner. Cliniquement, le rein ne fut nettement senti que lorsqu'on était sûr de la tumeur abdominale.

2^o Observation de Pichevin (1).

Une femme de 50 ans entre à l'hôpital pour une affection

(1) PICHEVIN. — *Progress Medical*, 1888, tome VIII, n^o 41, p. 253-254.

chronique dont elle devait mourir peu de temps après son admission.

L'examen découvre, outre un foie non augmenté, et normal, une tumeur dans le côté droit du ventre et qui se termine par un rebord lisse à la partie la plus inférieure de la fosse iliaque droite. Sa limite supérieure paraît être dans le flanc droit. Elle est dure, lisse, plus haute que large et présente une certaine mobilité, surtout de bas en haut. A un certain moment, elle glisse des doigts et remonte, mais reste perceptible dans le flanc droit.

La région lombaire droite est plus aplatie, plus dépressible, plus sonore que la gauche. Jamais aucune douleur ni aucune gêne. La masse est prise pour un rein mobile ; il existait des signes de tuberculose pulmonaire qui furent négligés ; la malade devait succomber bientôt à la phtisie.

A l'autopsie, on trouve, occupant le flanc et la fosse iliaque droite, un lobe flottant du foie, quadrilatère, de 20 cm. × 10 cm. rattaché au bord inférieur du foie. Il tombe presque verticalement en arrière et se met en contact avec la fosse iliaque droite. En soulevant le lobe on découvre un rein mobile dont l'extrémité inférieure dépasse à peine celle du lobe flottant.

Mais entre temps, BILLROTH et von HACKER (1886), TSCHERNING (1888), et plus tard (1890) LANGENBUCH, suturent un lobe mobile à la paroi abdominale.

Le lobe flottant a donc acquis droit de cité en clinique. Le P^r J.-L. FAURE dans sa thèse (1892) en rapporte une observation personnelle. RIEDEL en publie 8 autres cas (1) dans son ouvrage : « Erfah-

(1) Ce qui porte à 18 les observations de l'auteur. Ce dernier n'en compte que 12, les 6 autres ne lui paraissant pas typiques.

rungen über die Krankheiten der Gallenblase » (1892).

TERRIER et AUVRAY le décrivent en 1897 sous le nom d'hépatoptose partielle. En 1898, GLÉNARD qui en possède 6 observations personnelles le regarde comme une « hypertrophie ptosée » du foie. E. SCHWARTZ y consacre un chapitre dans sa « Chirurgie du Foie » (1901).

En Allemagne, sous l'impulsion du P^r HELLER l'Ecole de Kiel étudie en détail le foie de constriction et ses rapports avec la lithiase biliaire [thèses de PETERMÖLLER, de PETERS (1890), de LEUE (1891), de HACKMANN (1894)]. QUINCKE et HOPPE-SEYLER, dans la Specielle Pathologie du P^r NOTHNAGEL (1899) décrivent longuement le Schnürleber et à ce propos rappellent les travaux de RIEDEL.

En France, les publications de CORBIN (1883), la thèse de CHAPOTOT (1891), les travaux du P^r HAYEM (1895) précisent le rôle du corset. La thèse de SOULÉ (1902) sépare définitivement le foie de constriction du lobe de Riedel, tandis que celle de JACQUEMET (1896) avait traité du lobe flottant congénital.

Un peu partout les observations se multiplient. Citons : BASTIANELLI (1895) qui, après LANGENBUCH, résèque un lobe flottant ; HELLIER (1895) ; GÉRARD-MARCHANT, MAC PHÉDRAN (1896) ; ROUX (1897) ; MARTIN, GENOUVILLE, CHAILLONS (1898) ; LEAF (1899) ; TRÈVES (1900) ; FISHER, LEGUEU (1901) ;

LOCKWOOD, HUCHARD, WALTHER (1903); et les années suivantes : MOYNIHAN-BERKELEY, MAYO-ROBSON, HERRINGHAM, LAUDER-BRUNTON, MUNRO, à l'étranger ; LE FORT, en France.

En 1910, le P^r LETULLE reprend la question du lobe flottant congénital en un article dont notre travail sera souvent tributaire (4).

La thèse de LÓPEZ (2) (1918), inspirée par GOULILOUD de Lyon, présente 15 nouvelles observations de languette hépatique liée à la lithiasé biliaire et regarde l'anomalie comme une hypertrophie monolobaire.

Le P^r CHAUFFARD réserve à la languette hépatique quelques pages de son ouvrage « La Lithiasé Biliaire » (1922).

Désormais, paraissent de loin en loin quelques observations : O'CONOR (1920) ; WILHELMI, FOURNIER, AUDAIN et FOUCAULT (1923) ; CABOT (1929).

Deux études du P^r N. FIESSINGER (3) (1922-1927) méritent une mention particulière, car elles introduisent dans l'étiologie de l'anomalie, une notion jusque-là négligée, à savoir : le développement thoracique de la femme. Elles dégagent, en outre,

(4) LETULLE. — Le foie à lobe flottant. *Presse Médicale*, 10 décembre 1910, n° 99, p. 932-935.

(2) LÓPEZ. — Languette hépatique et lithiasé biliaire. *Thèse de Lyon*, 1918.

(3) FIESSINGER (N.). — Les déformations non pathologiques du foie en clinique. *Journal de Praticiens*, 1922, tome 36, p. 217-220, 233-235. Le lobe de Riedel en pathologie abdominale. *Journal des Praticiens*, 28 novembre 1927, p. 780-782.

avec clarté, les éléments du diagnostic clinique. Nous y ferons les plus larges emprunts.

Enfin, en 1928, CADE et CHEVALLIER attirent l'attention sur le rôle possible de la syphilis, non seulement dans le déterminisme des accidents qui marquent parfois l'évolution d'un lobe flottant, mais encore dans la genèse même de la déformation.

La question, on le voit, a été l'objet d'un assez grand nombre de travaux. Pourtant, fort peu d'ouvrages (en France, du moins), y consacrent un utile développement. Les grands traités didactiques y font à peine allusion quand ils ne la passent pas sous silence. C'est sans doute pourquoi le lobe de Riedel demeure encore aujourd'hui à peu près inconnu d'un grand nombre de praticiens.

IV

ANATOMIE

L'aspect anatomique du lobe de Riedel suggère, suivant la comparaison de TRÈVES, l'image d'une coulée parenchymateuse ayant glissé vers l'abdomen à la faveur d'une sorte de ramollissement partiel et temporaire du foie.

Il présente une assez grande diversité.

1^o *Volume* : Souvent le lobe flottant se réduit à un petit appendice de quelques centimètres de longueur, en particulier lorsqu'il se détache du lobe carré. Parfois, au contraire, c'est une masse de dimensions considérables ; il était gros comme deux poings dans les cas de TERRIER et BAUDOIN, de CADE et CHEVALLIER ; il mesurait 20 cm. de long et 10 cm. de large dans celui de PICHEVIN. LETULLE lui reconnaît une fois 16 cm. $\times$ 17 cm. et LOPEZ 25 cm. $\times$ 30 cm. Le lobe réséqué par BASTIANELLI avait trois fois la grosseur d'un rein et pesait 500 grammes. Celui extirpé par MARTIN 3 livres 3/4.

Lorsqu'il atteint un pareil volume le lobe flottant tend à diviser le lobe droit en deux lobes ; parfois,

il représente le tiers ou la moitié de l'ensemble du foie et atteint ou dépasse même les dimensions du lobe qui lui a donné naissance (LETULLE).

Il a en moyenne 8 à 10 cm. de longueur et une largeur à peu près équivalente (LETULLE).

2° Direction : Il se dirige de haut en bas avec d'ordinaire une légère obliquité en dedans.

3°. Forme : Sa forme, non moins sujette à variations, rappelle d'habitude une pyramide grossièrement triangulaire. Il comprend alors une base d'insertion à trois côtés, un sommet inférieur, trois faces, antérieure, externe et postérieure, trois bords dont l'interne, généralement plus aigu, figure une arête tranchante.

D'autres fois, en particulier dans les cas liés à une cholécystopathie, la face externe en se réduisant communique au pseudo-lobe la forme d'une langue, large et épaisse à sa jonction avec le foie, mince et effilée vers son extrémité libre.

Citons encore :

— la variété cylindroïde : d'après LETULLE elle correspondrait à des malformations beaucoup plus accusées ;

— la variété ovoïde : dans le cas d'EHRICH, le lobe aberrant ressemblait à un rein.

— la variété quadrangulaire : signalée par PRICHEVIN et le P^r WALTHER.

4^o *Point d'insertion* : Dans la règle, le lobe flottant se développe aux dépens du lobe droit du foie. Tout se passe comme s'il en repoussait vers le bas de l'arête inférieure et comme si cette action s'exerçait au maximum en un point assez proche de la pointe externe du lobe droit.

On s'explique ainsi que le bord interne du lobe accessoire représente un segment déformé de l'arête inférieure du foie. Nous aurons à maintes reprises l'occasion de revenir sur l'importance clinique de ce fait.

Plus rarement, la déformation atteint le lobe carré.

A titre exceptionnel, elle provient à la fois de ces deux parties et constitue alors une masse bilobée.

Au lieu de prendre naissance au niveau du bord inférieur du foie, le lobe aberrant peut s'insérer plus en arrière sur la face inférieure de l'organe. Cette origine sous-hépatique augmente les difficultés de diagnostic avec les tumeurs du rein.

5^o *Couleur. Surface. Consistance* : En l'absence de lésions surajoutées, ce qui est la règle, le lobe flottant a tous les attributs du foie normal : couleur rouge brun, surface lisse, unie, luisante, consistance ferme et élastique.

Exceptionnellement, la face antérieure se trouve sillonnée d'incisures verticales, la subdivisant en autant de lobes secondaires. Sur le vivant, cet aspect

peut « donner le change et faire penser à une tumeur bossuée » (LETULLE). (1).

Les bords latéraux.

Le bord interne ou gauche : forme avec l'arête inférieure du foie un angle arrondi, droit ou obtus, perceptible cliniquement. Il tire de son origine (bord antérieur du foie) la fréquente particularité d'être tranchant et accrochable. C'est là un caractère des plus précieux pour éviter la confusion avec un gros rein ou une grosse vésicule.

Le bord externe ou droit : plus épais, s'élargit souvent en une véritable face (lobe pyramidal). Il se continue en haut avec la face supérieure du foie ; la délimitation est tout au plus marquée par une encoche non perçue d'ordinaire à l'examen clinique. Lorsque la déformation affecte le seul lobe carré, le bord externe se raccorde à l'arête inférieure du foie par un angle arrondi.

L'extrémité inférieure : ou sommet, libre dans l'abdomen est toujours arrondie, souvent globuleuse, parfois mince et accrochable.

L'extrémité supérieure ou zone d'insertion peut présenter deux aspects :

1^o C'est souvent une base épaisse et large par quoi la déformation se continue directement avec le reste de la glande. Elle se trouve fréquemment indiquée en avant par une gouttière transversale ou

(1). Cf. l'observation de von HACKER, page 65.

parallèle à la direction des côtes. D'après SOULÉ, le sillon aurait les dimensions suivantes :

— longueur : 5 à 10 cm. et plus,

— largeur : 2 à 3 cm.,

— profondeur : 5 mm. à 2 cm.

D'ordinaire, il est étalé et superficiel et ses extrémités n'atteignent pas les bords du foie. Dans le cas contraire, l'extrémité antérieure aboutit soit dans l'échancrure cystique, soit plus loin, à gauche ou à droite et presque toujours au voisinage de la vésicule biliaire (SOULÉ).

2° Le sillon peut se terminer au niveau des bords droit et inférieur du foie par une profonde encoche ; la base ainsi rétrécie figure une sorte de collet. Un degré de plus, il s'agit d'un pédicule donnant au pseudo-lobe l'aspect d'un « énorme polype » (LOCKWOOD).

Le pédicule ou à défaut un sillon profond et étroit constitue une véritable « charnière » (LETULLE) autour de laquelle l'îlot hépatique « joue » librement. A ce niveau, le péritoine peut subir un épaississement inflammatoire et prendre un aspect cicatriciel. Il arrive, mais c'est là une curiosité, que le sillon sectionne complètement le tissu glandulaire ; seul, le péritoine renfermant les vaisseaux sanguins et biliaires destinés au lobe ainsi détaché, relie ce dernier à la masse principale.

D'après CHARPY et SOULIÉ, LEUE, sur 516 sujets d'autopsie, note le sillon dans 5 % des cas chez l'homme, et dans 56 % chez la femme. On l'attribue depuis CRUVEILHIER à la constriction de la taille par

le corset ou les vêtements trop serrés. Nous verrons qu'on peut l'expliquer autrement.

Mobilité dans l'abdomen.

Elle n'est pas très grande dans le sens transversal, sauf si le lobe est pédiculé. En revanche, elle se montre souvent des plus nettes dans le sens antéro-postérieur. Point n'est besoin ici d'un pédicule. Car les déplacements ne s'effectuent pas uniquement au niveau de la base ; la masse tout entière possède une certaine élasticité qui contribue à la rendre mobilisable.

*Situation dans l'abdomen et rapports
avec les organes voisins*

Le lobe de Riedel occupe l'hypochondre droit. Très volumineux, il déborde dans le flanc et la fosse iliaque sous-jacents. Il est situé immédiatement en arrière de la paroi abdominale antérieure. Parfois, comme dans le cas de PICHEVIN, il tombe presque verticalement en arrière et prend contact avec la paroi lombaire.

Il recouvre le rein droit.

Tantôt, il repousse en bas et à gauche l'angle droit du côlon, tantôt il passe au devant de lui.

C'est d'ordinaire le long de son bord gauche que se trouve la vésicule, soit dans l'angle qu'il forme avec le bord inférieur du foie (NOEL FIESSINGER),

soit plus bas, au voisinage de son sommet. La vésicule reste parfois à distance et à gauche du pseudo lobe qui, généralement, la fait dévier en bas, à gauche et en avant et amène son fond à dépasser notablement le bord inférieur du foie.

Lorsque la déformation porte sur le lobe carré elle recouvre la vésicule à la façon d'un capuchon (LÔPEZ)

Il eût été intéressant de pouvoir illustrer cette description d'exemples pris dans les auteurs. Malheureusement, les observations restent très sobres de détails anatomiques. Aussi, nous bornerons-nous à relater un cas personnel.

Une femme de 37 ans entre un soir de février 1935, à l'hôpital Necker, dans le service du Pr FIESSINGER. L'examen révèle des signes manifestes de polynévrite éthylique, une ascite modérée, de la splénomégalie, un foie gros et mou porteur d'un lobe de Riedel évident qui donne le contact lombaire. Taille fine, 65 cm., angle épigastrique étroit.

L'état cachectique de la malade, la fièvre irrégulière, la torpeur font présager une fin prochaine. La mort survient en effet le surlendemain.

Voici les constatations faites à l'autopsie :

Le foie énorme, 2 kg. 500, est atteint d'une cirrhose graisseuse ; il occupe sa place habituelle ; aucune trace de ptose.

La partie inférieure du lobe droit figure un lobe de Riedel volumineux qui a tous les attributs du reste de l'organe : surface régulière, lisse, polie, luisante ; coloration jaunâtre, consistance un peu molle. Ce lobe est dirigé verticalement de haut en bas ; par son sommet

inférieur il repousse en bas et à gauche l'angle colique droit. Derrière lui se trouve le rein droit, normal et non ptosé. Sa forme rappelle tout à fait une pyramide grossièrement triangulaire avec une face antérieure, une face postérieure, une face externe arrondie se continuant avec la partie inférieure de la face supérieure du lobe droit. L'arête interne, seule bien marquée, a les mêmes caractères que le bord inférieur du foie. Comme ce dernier, elle est un peu épaissie en raison du processus d'hypertrophie.

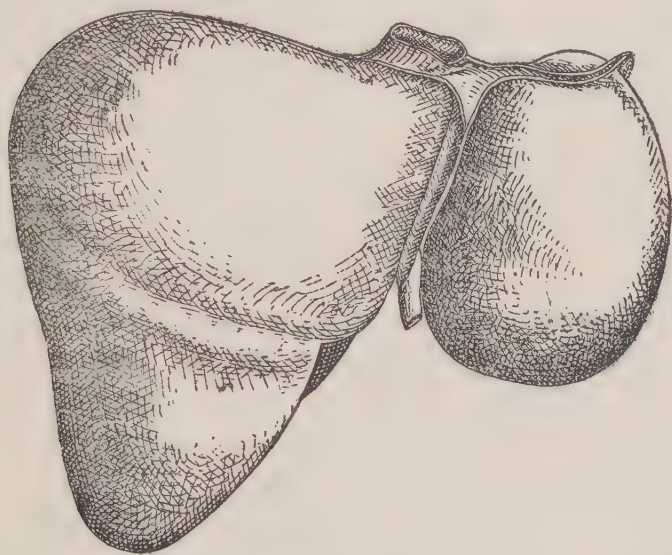


Figure II.

Le sommet se montre régulier, arrondi, mince sur son versant interne, globuleux sur son côté externe. La base, large et épaisse est indiquée en avant par un sillon large d'un centimètre, long de 6 cm. mais très peu profond ; il n'atteint pas les bords du foie. Le lobe aberrant mesure 12 cm. de long ; au niveau de sa base sa largeur atteint 10 cm. elle est de 5 cm. un peu au-dessus du sommet.

La vésicule biliaire, petite et flasque, affleure l'angle que forme le bord gauche du lobe avec le bord inférieur du foie. Elle contient un peu de bile épaisse et foncée mais ne renferme pas de calculs. On ne relève, dans la région vésiculaire, aucune trace de réaction inflammatoire.

A la coupe, l'ensemble du foie montre des lésions de cirrhose du type HUTINEL et SABOURIN ; les mêmes lésions se retrouvent au niveau du lobe flottant.

LES LÉSIONS ASSOCIÉES

A) LES LÉSIONS HÉPATIQUES. — Tout comme l'organe régulièrement conformé, le foie à lobe flottant peut présenter de multiples altérations : hépatite d'origine alcoolique, paludéenne, diabétique, alcoolique, gros foie cardiaque. Dans les cas de LÓPEZ, il existait des lésions de cirrhose biliaire hypertrophique.

Beaucoup plus intéressante est la localisation exclusive ou prédominante sur le territoire du pseudo-lobe de lésions qui peuvent être syphilitiques, cancéreuses, cirrhotiques, congestives.

1. *Lésions Syphilitiques* : A l'intervention chirurgicale, BASTIANELLI découvre dans un lobe flottant une volumineuse gomme. MUNRO en trouve deux dans un autre cas. Le P^r LEGUEU résèque, en 1901, un lobe flottant présentant sur sa face inférieure deux gros noyaux d'aspect néoplasique ; il s'agissait de syphilis. FAVRE décrit le lobe flottant d'origine syphilitique formé par la rétraction scléreuse d'une portion du foie. CADE et CHEVALLIER insistent

sur ces véritables formes chirurgicales « de la syphilis tertiaire du foie ». Ils en citent quelques exemples dans lesquels l'étiologie spécifique ne peut guère être soupçonnée. Dans ces cas, l'examen histologique même connaît des hésitations (exemples de LEGUEU, de TUFFIER, de SAVY, de FRANTZ RIEDEL et ALLING, thèses de STEINER et MAMET).

2. *Lésions cancéreuses.* — Dans un cas de ROUX, un lobus pendulus récelait un cancer primitif. le P^r N. FIESSINGER connaît plusieurs faits de cancer secondaire greffé sur un lobe flottant.

3. *Lésions cirrhotiques.* — De même qu'il existe des cirrhoses monolobaires, on peut rencontrer des lésions cirrhotiques localisées au seul lobe flottant.

4. *Lésions congestives.* — Elles sont liées tantôt à des phénomènes inflammatoires (lithiasé biliaire concomitante), tantôt à des troubles circulatoires (lobe volumineux et mobile muni d'un pédicule étroit). Dans ces cas, le lobe prend un aspect particulier : coloration foncée lie de vin, ou au contraire gris blanchâtre ; surface d'apparence fibroïde (TSCHERNING) ; consistance dure de tissus sclérosés (TERRIER et BAUDOIN).

Toutes ces lésions constituent des exceptions.

Le lobe flottant coïncide parfois avec d'autres anomalies hépatiques :

a) *Foie aplati transversalement*, bombé en dôme ;

sillons costaux ; toutes ces déformations témoignent de la compression de l'organe dans un thorax étroit.

b) *Sillons diaphragmatiques*, attribués suivant les auteurs à la constriction thoracique ou à un épaississement des insertions du diaphragme au cours de certains troubles chroniques de la respiration.

c) *Ptose du foie*, abaissement de l'organe, élongation du ligament suspenseur.

B) LES LÉSIONS BILIO-VÉSICULAIRES sont de beaucoup les plus importantes en raison de leur fréquence et de leurs conséquences cliniques et thérapeutiques.

Il s'agit le plus souvent, de lithiases graves.

Suivant les cas on rencontre :

— une vésicule distendue ; hydropisie (CRUVEILHIER), empyème (RIEDEL) ;

— une grosse vésicule bourrée de calculs et souvent épaissie et sclérosée ;

— une vésicule scléro-atrophique, petite et rétractée ;

— parfois la vésicule malade ne contient pas de calculs. D'autres fois, on en trouve dans le cholédoque. Dans deux cas, GÉRARD-MARCHANT découvre des calculs cholédociens avec une vésicule indémne ;

— enfin, le cancer de la vésicule biliaire est signalé (MARCHAND, RIEDEL, LÓPEZ).

Ces lésions bilio-vésiculaires peuvent s'accompagner d'un processus de péritonite plastique. Les

adhérences sont parfois telles que les interventions sont rendues très délicates par l'absence de tout plan de clivage entre la vésicule et le lobe aberrant.

C) LES LÉSIONS PÉRITONÉALES sont rares en dehors de la péricholécystite. Leur siège de prédilection au niveau de la charnière d'un lobe indique clairement leur origine, sans doute mécanique ; elles consistent en un épaissement fibroïde du péritoine.

D) LES ANOMALIES RÉNALES. Le rein peut présenter des anomalies vraisemblablement congénitales (kystes, lobations). BÉCOURT, dans sa thèse, en note 43 fois la coexistence avec une malformation hépatique. La ptose du rein droit s'associe souvent au lobe de Riedel. D'ordinaire, les deux masses sont placées l'une derrière l'autre (cas de PICHEVIN, cas du P^r Jean-Louis FAURE).

Dans une observation de CABOT, le lobe aberrant occupe la place du rein lui-même ptosé dans la fosse iliaque.

E) LA SPLANCHNOPTOSE ABDOMINALE est signalée d'ailleurs dans la plupart des travaux. Nous rapporterons en quelques mots l'observation du P^r J. L. FAURE (1).

A l'examen anatomique d'une femme de 30 ans, très amaigrie, à base thoracique étroite et à ventre excavé, le

(1) J.-L. FAURE. — L'appareil suspenseur du foie. *L'hépatoptose et l'hépatopexie*. Thèse de Paris, 1892.

Pr J.-L. FAURE trouve le lobe droit du foie présentant une longueur extraordinaire et dont l'extrémité inférieure plonge dans le grand bassin, à 20 cm. au-dessous de l'appendice xyphoïde et à 14 cm. de la partie moyenne du rebord costal. Ce lobe, assez mobile, qui recouvre immédiatement le rein est situé tout entier au-dessous de la vésicule biliaire qui est saine. Son pédicule très large se trouve à peu près au niveau de la vésicule. En ce point le lobe a 10 cm. de large, dimension qu'il conserve presque jusqu'à son extrémité inférieure. Il s'agit là d'un véritable lobe flottant ; le foie n'est pas abaissé. Par ailleurs, il existe une entéroptose très marquée : l'estomac descend à quelques centimètres au-dessus du pubis ; le côlon, sauf par son angle sous-costal gauche est tout entier dans le grand bassin tandis que l'intestin grêle remplit la cavité pelvienne. Le rein droit est abaissé et légèrement mobile, il est situé immédiatement sous le lobe flottant.

F) L'ÉTROITESSE DE LA BASE THORACIQUE. On rencontre souvent, comme le Pr J.-L. FAURE l'a noté dans son cas, une étroitesse particulière de la base du thorax. Elle était très accusée chez la malade dont nous avons rapporté plus haut l'observation (1). Attribuée jusqu'ici au corset, elle semble plutôt en rapport avec le développement du thorax féminin (N. FIESSINGER) (2).

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE DU LOBE FLOTTANT

Cet examen a rarement été pratiqué. Il est fort probable que les lésions histologiques sont excep-

(1) Voir page 34.

(2) Voir pages 53-54.

tionnelles. Cependant, nous connaissons déjà la possibilité d'altérations syphilitiques, cirrhotiques, congestives. Le Pr LETULLE a trouvé dans certaines conditions (âge du sujet, lobe très volumineux ; graves troubles circulatoires cardiaques), des lobules hépatiques cyanosés à leur centre et offrant les caractères du foie cardiaque avec, parfois, de larges foyers d'apoplexie. Dans 2 cas de lobe flottant extirpé à cause de violentes douleurs, le Pr LETULLE a constaté, surtout aux confins du sillon d'insertion, des îlots d'endo-phlébite (veines sus-hépatiques) subaiguë ou chronique et végétante.

En résumé :

1^o Le lobe de Riedel présente un aspect anatomique assez variable ;

2^o Les lésions de voisinage consistent surtout dans une affection de la vésicule biliaire (lithiase), et dans la ptose des organes abdominaux ;

3^o Les lésions parenchymateuses ne sont pas fréquentes. Le foie à lobe flottant ne diffère de l'organe normal qu'au seul point de vue morphologique. Sa pathologie se superpose à celle du foie régulièrement conformé. C'est là une notion importante ; nous aurons l'occasion de la rappeler.

V

ÉTIOLOGIE ET GENÈSE DU LOBE FLOTTANT

A. Étiologie

Nos connaissances sur ce chapitre se réduisent à un petit nombre de notions précises.

a. La fréquence du lobe flottant a été diversement appréciée. LEAF (1889), compte tenu des cas ébauchés, rencontrait l'anomalie chez 15 % des hommes et chez plus de 35 % des femmes ayant dépassé l'âge moyen. C'est assurément beaucoup.

Le chiffre donné par BÉCOURT dans sa thèse (1913) est d'un ordre de grandeur plus vraisemblable : sur 698 autopsies, pratiquées sous la direction du Pr LETULLE, BÉCOURT relève 89 fois le lobe flottant, soit environ 13 fois sur 100. Cependant, remarque WILHELMI en 1923, les observations tant cliniques qu'anatomiques sont aujourd'hui plus rares. L'auteur en conclut que l'anomalie tend à disparaître, sans doute parce que les femmes ne portent plus de corset. Rien n'est moins démontré.

Le Pr N. FIESSINGER n'a jamais cessé d'en observer de multiples exemples et jusque dans ces dernières années. Quant à nous, il nous a été donné,

en quelque huit mois, d'examiner 8 sujets porteurs d'un foie de Riedel. Il ne s'agit donc pas là d'une rareté.

b. Le lobe flottant prédomine chez la femme. Les chiffres de LEAF donnent déjà une idée de cette prédominance. Malheureusement, les autres documents anatomiques ne fournissent pas de renseignements à ce sujet. Si l'on se réfère aux statistiques portant sur le « foie de constriction », somme toute assez voisin du lobe flottant, on trouve quelques indications intéressantes. LEUE, en 1891, dénombre :

353 Schnürleber, sur 1.365 cadavres féminins (25,9 %)

41 Schnürleber, sur 2.119 cadavres masculins (1,9 %).

Autrement dit, sur 100 Schnürleber, 89,5 se voient chez la femme et 10,4 chez l'homme.

SOULÉ, dans sa thèse (1902) présente 30 foies de constriction dont 22 chez la femme et 8 chez l'homme.

A ne considérer que l'ensemble des faits cliniques, le lobe flottant paraît être l'apanage exclusif de la femme. En réalité, on le rencontre aussi chez l'homme, quoique plus rarement. Plusieurs observations en font foi (GLÉNARD, 3 cas ; GÉRARD-MARCHANT, 1 cas ; ROLLESTON, 1 cas ; HERRINGHAM, 1 cas ; LÓPEZ, 5 cas ; FOURNIER, 1 cas).

Nos 8 cas personnels concernent 5 femmes et 3 hommes.

D'après LÓPEZ, l'anomalie affecte une fréquence égale dans les deux sexes : 54 femmes et 5 hommes sur 59 languettes hépatiques associées à la lithiasie biliaire. Seule, la prédominance de cette dernière affection pour le sexe féminin expliquerait l'énorme différence numérique.

Pour suivre l'auteur dans ses conclusions, il faudrait que la lithiasie précédât toujours le développement de la languette hépatique. Il semble, qu'en maintes circonstances, ce soit précisément l'inverse. Enfin, restent tous les cas indépendants de la lithiasie.

c. Le lobe flottant est spécial, ou peu s'en faut, à l'âge adulte. Nous n'en connaissons que 4 cas chez l'enfant.

1^o J. CHAILLONS, le décrit chez un nouveau-né : « Le lobe surnuméraire, très développé, piriforme, se détache du bord antérieur du lobe carré du foie, à droite du ligament suspenseur ; la vésicule est couchée sur son flanc droit, la veine ombilicale sur son flanc gauche. L'extrémité antérieure du lobe aberrant adhère au sac d'une hernie congénitale, ombilicale et cette disposition n'avait sans doute pas été étrangère à la formation de l'anomalie. »

2^o MAC-PHEDRAN la découvre chez un nourrisson de 11 mois.

3^o ROLLESTON trouve, chez un nouveau-né de 4 jours, à côté de multiples anomalies abdominales, un lobe de Riedel adhérent à l'ombilic.

4^o FRENCH-HERBERT, enfin, en signale un cas chez un tout jeune enfant.

d. Parmi les éléments susceptibles d'intervenir dans la genèse du lobe flottant, on cite encore le corset, la splachnoptose abdominale, les accouchements répétés et surtout les affections de la vésicule biliaire au premier rang desquelles se place la lithiasie.

A ce propos, voici quelques chiffres :

LEUE trouve sur 93 Schnürleber :

16 fois des calculs biliaires (17,2 %),

28 fois une ectasie vésiculaire (30,1 %).

HERTZ, à l'examen de 41 foies sillonnés, note 24 vésicules de stase (58,1 %).

SOULÉ relève 2 cas de calculs sur ses 30 foies de constriction (6,6 %).

La proportion de foies déformés dans la lithiasie biliaire est évaluée à :

— 23 %, par PETERS,

— 82 %, par LÓPEZ.

Quoi qu'il en soit de ces chiffres, retenons pour la pratique que le lobe flottant coïncide souvent avec une affection ordinairement lithiasique de la vésicule biliaire.

B. Genèse du lobe flottant

Elle a suscité plusieurs hypothèses que nous allons exposer succinctement :

1. — GENÈSE DU LOBE FLOTTANT EN GÉNÉRAL

1^o *La Théorie de la constriction*, la première en date, incrimine une action mécanique : celle du corset et des vêtements trop serrés. Quand cette dernière s'exerce en pleine zone hépatique, le foie pris comme dans un étau s'aplatit transversalement. D'ordinaire, il s'allonge dans le sens vertical, débordé les fausses côtes dont le rebord va imprimer sur sa substance un sillon plus ou moins profond. La partie du lobe droit sous-jacente à ce sillon peut se mobiliser et figurer une sorte de lobe surnuméraire, le lobe de constriction.

En outre, la vésicule, sous l'effet de la compression, est pincée transversalement et projetée en avant. Le canal cystique se trouve souvent étiré, voire écrasé. Il en résulte de la stase biliaire, du catarrhe, puis une ectasie de la vésicule avec, pour ultime conséquence, la précipitation de calculs (HELLER, BOLLINGER, MARCHAND, HOPPE-SEYLER et l'Ecole de KIEL).

Telle est la théorie. Elle fut combattue jadis par quelques auteurs dont GLÉNARD. Elle n'est plus soutenable aujourd'hui. Comme le dit le P^r FIESSINGER : « Depuis l'époque où les corsets serraient la taille, la cause de ces déformations a disparu et cependant les mêmes déformations se retrouvent cliniquement et anatomiquement. Il faut donc admettre... que le

corset n'est cause de déformations hépatiques que dans des cas exceptionnels ; le plus souvent il faut incriminer une autre raison ».

2^o *Théorie de l'hypertrophie hépatique.* — FRANTZ GLÉNARD voyait dans le lobe flottant, une « hypertrophie ptosée ». En effet :

1^o le lobe aberrant présente une certaine dureté (ce qui est loin d'être constant) ;

2^o son bord interne, c'est-à-dire le bord inférieur du foie, est notablement épaissi (on le donne plutôt comme tranchant) ;

3^o Quand il accompagne la cholélithiase, il se développe en général aux dépens du lobe carré (en règle il siège sur le lobe droit) ;

4^o Chez 4 malades, il fut le résidu d'une hypertrophie totale.

Les arguments de GLÉNARD ne prouvent pas à l'évidence la réalité du processus hypertrophique. En outre, si hypertrophie il y a, pourquoi affecte-t-elle exclusivement le lobe droit ou le lobe carré ? C'est ici qu'intervient la théorie de l'indépendance des lobes hépatiques. Au triple point de vue anatomique, physio-pathologique et clinique, le foie serait divisé en 3 territoires relativement distincts : le lobe droit, le lobe gauche et le lobe carré (lobe moyen ou cholécystique de GLÉNARD). Ils seraient tributaires : le premier de l'intestin, le second de l'estomac et le dernier de la vésicule biliaire. La

théorie repose sur un grand nombre de recherches dues en particulier à GLÉNARD, à MONGOUR et à SÉRÉGÉ. Il n'est pas dans nos intentions d'en retracer l'histoire (1), cela nous entraînerait trop loin. Contentons-nous d'en indiquer quelques-unes des principales conclusions :

1^o Il existe dans la veine porte un double courant sanguin : l'un iléo-dextro-colique, pour le lobe hépatique droit ; l'autre, gastro-spléno-sinistro-colique, pour le lobe gauche.

2^o Le lobe droit est drainé par la branche droite d'origine du canal hépatique ; cette branche courte, volumineuse et rectiligne est la plus accessible.

3^o L'indépendance morbide des lobes du foie est attestée par les nombreux cas de cirrhose monolobaire, et par la localisation au niveau du lobe droit des abcès hépatiques d'origine appendiculaire.

4^o L'hypertrophie du lobe gauche est liée aux affections de l'estomac (gastrite éthylique, par exemple), celle du lobe droit est le fait des affections gastro-intestinales. La déformation du lobe carré, enfin, dépend de la cholélithiase.

Certains travaux (GILBERT et VILLARET, BAUER, DÉVÉ), ne confirment pas le bien-fondé de la théorie. Sans doute, celle-ci peut-elle convenir à quelques cas de lobes flottants, mais elle n'en expose pas clairement la genèse.

(1) On la trouvera résumée dans la Thèse de LÓPEZ (Lyon 1918) et dans l'article de CADE et CHEVALLIER (*J. de Méd. de Lyon*, 1928, p. 473). Ces ouvrages donnent toutes les indications bibliographiques utiles.

3^o *L'hypothèse de l'anomalie congénitale*, inscrit à son actif le rarissime lobe flottant du jeune enfant ou du nouveau-né. Chez l'adulte, elle expliquerait les cas associés à d'autres anomalies non acquises telles que : kyste ou lobation du rein, hernie ou hydrocèle congénitales.

Entrevue par FRERICHs, elle fut défendue en France par plusieurs auteurs, notamment par le Pr LETULLE. Quels en sont les arguments ?

Le bord inférieur du foie, note FISHER, n'a pas chez tous les sujets une conformation identique : l'incisure séparant le lobe droit du lobe gauche présente une profondeur variable ; un débord épigastrique plus ou moins important du lobe gauche altère souvent le profil habituel du foie. Ces différences individuelles ne sont certainement pas acquises. N'en serait-il pas de même pour la projection d'un lobe de Riedel ? Quant à la lithiase associée, elle représente peut-être une simple coïncidence. MAC PHÉDRAN parle d'un vice de développement ; ROLLESTON accepte l'explication et, selon lui, une affection vésiculaire trouverait sur un foie préalablement déformé un terrain favorable à la rapide constitution d'un lobe de Riedel bien développé. Cependant, comme le rappelle O' CONOR, G. RUGE ne voit dans le développement du foie humain aucune circonstance pouvant expliquer la déformation linguiforme du foie. Pourquoi la rencontre-t-on plutôt dans le sexe féminin ? Pourquoi ne la constate-t-on presque jamais chez l'enfant ? Autant de ques-

tions que cette hypothèse un peu facile laisse sans réponse.

2 — GENÈSE DU LOBE FLOTTANT ASSOCIÉ A UNE AUTRE AFFECTION

1. *Forme associé à la ptose des organes abdominaux.*
— Selon A. KEITH, la paroi abdominale présente entre la crête iliaque et l'extrémité antérieure des 10^e et 11^e côtes, une zone de moindre résistance, en particulier chez la femme. C'est à la faveur de ce point faible que dans l'hépatoptose la partie droite du lobe droit se prolabe la première. La pression du rebord costal tend à séparer du reste de la glande la portion débordante qui constitue ainsi un lobe linguiforme.

La lithiasse s'explique aisément. Frantz GLÉNARD dit dans son *Traité de l'Entéroptose* (1885) : « Le prolapsus duodénal tire sur le cholédoque ; il en résulte une atrésie du cholédoque d'abord momentanée, puis persistante, d'où gêne à l'afflux de la bile » (*in* JUDET).

Pour SCHWERDT, cité par JUDET, la ptose ou plus exactement l'insuffisance de la contention inférieure diminue la pression intra-abdominale ; la vésicule s'étire, allonge son grand axe, distend sa paroi contractile, retient son contenu, ce qui favorise la formation des calculs. D'après JUDET, le vice de nutrition présidant à la ptose agit sur la sécrétion biliaire pour produire la lithiasse.

Le mécanisme invoqué par A. KEITH se conçoit mal en présence d'une base thoracique normalement évasée. Le foie, partiellement ptosé, subit un mouvement de bascule qui a précisément pour effet d'écarter l'organe de la paroi costale. En tout cas, il faut remarquer que le foie à lobe flottant n'est presque jamais ptosé, ce qui diminue beaucoup la portée de l'hypothèse de KEITH.

2. *Forme associée à une affection vésiculaire et à la cholélithiase.* — a) Selon Riedel, la constriction thoracique joue peut-être un rôle dans l'ébauche d'une languette hépatique et dans la formation des calculs biliaires ; mais il faut admettre un autre mécanisme. Le plus souvent la languette relève de la traction exercée sur le parenchyme hépatique par une grosse vésicule biliaire (vésicule bourrée de calculs, empyème, hydropisie, cancer). La réalité de ce processus se trouve corroborée par le fait que la simple cholécystotomie entraîne la régression, voire la disparition du lobe aberrant. Différents auteurs dont GLÉNARD, TERRIER et AUVRAY, en France, confirment les conclusions du chirurgien allemand.

b) Pour le Pr CHAUFFARD, à l'action mécanique d'une vésicule augmentée de volume et de poids, s'ajoute probablement « une action inflammatoire due à la propagation par voie lymphatique de l'inflammation des voies biliaires, vésicule ou cholédoque, au tissu hépatique adjacent » (1).

(1) A. CHAUFFARD. — *La lithiase biliaire*. Paris 1922, p. 116-117.

Or, le lobe de Riedel coïncide rarement avec une vésicule augmentée de volume (N. FIESSINGER). Comment expliquer, dès lors, la fréquence des lésions vésiculaires chez les porteurs de lobe flottant si l'on regarde celles-là comme la cause et non comme la conséquence de la déformation du foie ? L'intervention sur les voies biliaires ne suffit pas toujours pour faire disparaître le lobe aberrant. Il persista dans deux cas du Pr. FIESSINGER. Les résultats favorables pourraient d'ailleurs relever d'adhérences post-opératoires : en diminuant la mobilité du pseudo-lobe et par conséquent sa congestion et son volume, ces adhérences réaliseraient une sorte d'hépatopexie (E. SCHWARTZ).

Les précédentes remarques s'appliquent encore à la théorie de LÓPEZ. A côté de la languette par traction, l'auteur décrit une languette par stase. Au cas du calcul du canal hépatocolédoque, dit-il en substance, l'obstruction entraîne le reflux de la bile vers le canal hépatique le plus accessible (c'est-à-dire sa branche droite), d'où hypertension biliaire et hypertrophie localisée du lobe droit du foie.

On ne saurait concevoir sans excès de subtilité, un reflux biliaire déterminant une hypertrophie monolobaire et non totale. Le lobe carré seul peut être hypertrophié. Et pourtant, la branche gauche du canal hépatique serait la moins accessible.

En dernière analyse, le rôle de la traction paraît indiscutable, mais la théorie inaugurée par RIEDEL

ne convient certainement qu'à un nombre assez restreint de faits.

Il nous faudrait une explication valable pour toutes les variétés de lobes flottants. Nous la trouverons dans la théorie du P^r N. FIESSINGER.

La Théorie du P^r N. Fiessinger repose sur une observation judicieuse, mais rarement faite : les femmes porteurs de foie déformé ont, pour la plupart, un thorax étroit à la base.

Sur 5 de nos malades, 3 présentaient une véritable « taille de guêpe » (entre 65 et 70 cm.) ; aucune n'avait jamais porté de corset ni de vêtement trop serré.

Comme le dit le P^r FIESSINGER, ce n'est pas là affaire de corset, mais de développement. La respiration, on le sait, perd le type infantile (abdominal ou diaphragmatique) vers l'âge de la puberté. Chez la femme elle devient principalement costo-supérieure ; la base du thorax peut donc, chez elle, rester étroite, sans dommage pour la ventilation pulmonaire. Dans certains cas, elle le reste trop « Cette étroitesse aboutit à un phénomène curieux : le foie ne bascule pas, il se trouve pour cela trop solidement fixé en arrière, mais il se développe en bas et à droite en se frayant un chemin vers l'abdomen » (N. FIESSINGER). Ainsi, peut se former le lobe flottant ; le rebord costal sculpte un sillon sur sa base ; point n'est besoin pour cela de l'intervention du corset.

Quant aux rapports de l'anomalie avec la lithiasé

biliaire, le Pr FIESSINGER les envisage de la manière suivante : « Le lobe flottant imprime à la vésicule une orientation différente avec inclinaison en avant ; le canal cystique se coude ; il peut en résulter une gêne mécanique à l'évacuation biliaire, et comme les expériences récentes de P. ROUS et Ph. MASTEN ont montré que la vésicule biliaire a le pouvoir de concentrer 7 fois le volume de la bile qu'elle contient, la stase biliaire engendre de la concentration biliaire et favorise ainsi la précipitation des calculs. »

La conception du Pr FIESSINGER présente de grands avantages ; elle rend compte des principaux traits étiologiques du lobe flottant, qui sont :

- a) sa prédominance chez la femme ;
- b) le fait qu'on ne le rencontre guère que dans l'âge adulte, c'est-à-dire après complet développement ;
- c) ses fréquents rapports avec les affections vésiculaires.

Elle s'applique aussi à l'homme quand, par exception, ce dernier présente un thorax du type féminin. Elle éclaire encore la filiation de certains faits :

1° les affections vésiculaires s'observant sur les foies simplement sillonnés ressortissent peut-être à l'étroitesse du thorax féminin par un mécanisme rappelant, à l'action extérieure près, celui de la constriction par le corset. Qu'une tuméfaction de la vésicule se constitue alors, elle va contribuer à exagérer le lobe flottant. Les relations entre celui-ci et les cholécystopathies apparaissent

en quelque sorte comme un échange de mauvais procédés.

2^o L'étroitesse thoracique a pour effet de pincer le rein droit entre les organes pré-vertébraux et le foie. Si cette compression chasse l'organe de sa loge, le foie, trouvant un espace suffisant ne se déforme pas ; si au contraire, le rein reste en place, le lobe hépatique droit est obligé d'émigrer vers l'abdomen et peut entraîner la néphroptose secondaire. Ainsi l'étroitesse thoracique pourrait déterminer suivant les circonstances :

- un lobe flottant pur ;
- un rein mobile isolé ;
- l'association des deux anomalies.

3^o D'une façon plus générale, l'étroitesse thoracique est fréquente chez les ptosiques. Et l'on sait que le lobe de Riedel coïncide souvent avec la chute des organes abdominaux.

En conclusion, lorsqu'une étiologie vérifiable a pu être invoquée, l'étroitesse du thorax a été le plus souvent en cause dans les observations de notre maître le Pr N. FIESSINGER. Il en est de même pour les malades que nous avons eu l'occasion d'examiner dans son service.

La plupart des conceptions possèdent leurs exemples confirmatifs. Mais en dépit des théories, la signification du lobe flottant reste assez fréquemment une énigme. C'est alors que faute de mieux, l'hypothèse d'une malformation congénitale peut paraître légitime.

VI

ÉTUDE CLINIQUE

En l'absence de lésions surajoutées, le lobe de Riedel demeure d'ordinaire bien toléré. C'est alors une simple anomalie dont l'histoire se réduit à la présence insoupçonnée d'une tuméfaction sous le foie. Rien n'appelle l'attention de ce côté. A moins d'une circonstance fortuite, il passe inaperçu la vie durant et n'est reconnu qu'à l'autopsie. Par contre, il est des lobes flottants dits « compliqués » (LETULLE) qui s'accompagnent de troubles et qui peuvent même apparaître comme une véritable affection. Nous étudierons donc successivement : le lobe de Riedel pur, le plus fréquent, puis le lobe de Riedel compliqué.

LE LOBE DE RIEDEL PUR

Son expression clinique est faite uniquement de signes physiques. Tel sujet en parfaite santé, se découvre, par hasard, « comme une tumeur » dans le côté droit du ventre. Tel autre, à l'occasion d'un examen systématique est trouvé porteur d'une

masse de l'hypochondre droit. Dans les deux cas, on a tendance à croire que la tuméfaction est apparue depuis peu ; « En réalité, dit le P^r N. FIESSINGER, cette masse a toujours existé ; seule la perception en est récente. »

Il s'agit souvent d'une femme petite, dont la base du thorax est plus étroite que ne le comporte la corpulence générale. Malgré la finesse de la taille et le volume parfois considérable de la tumeur, celle-ci ne détermine pour ainsi dire jamais de voussure visible à l'inspection.

Le palper constitue le temps capital de l'examen.

Il fait sentir directement sous la paroi de l'hypochondre, une tuméfaction oblongue ou arrondie, verticale ou un peu oblique en bas et à gauche, lisse et régulière, rarement bossuée, résistante et ferme, tout à fait indolore à la pression. Volumineuse, la tuméfaction empiète sur le flanc et la fosse iliaque correspondants, et, par son sommet, atteint la région cæcale ou confine à la ligne médiane, plus ou moins près de l'ombilic (1).

Elle est douée d'une certaine mobilité.

1^o Comme le foie dont elle émane, elle suit les mouvements respiratoires et s'abaisse à l'inspiration :

2^o Essayons de la mobiliser latéralement : les déplacements sont d'ordinaire minimes. L'exemple

(1) Voir p. 131, planche III, fig. 8 et 9,

de PENZOLDT repoussant un lobe de constriction jusqu'à l'épigastre et au delà constitue une curiosité.

3^o Elle est beaucoup plus mobile dans le sens sagittal : le palper bimanuel à la manière de GUYON, permet de la tenir entre la main postérieure et la main antérieure et de la renvoyer d'une main à l'autre. Ce phénomène, identique au ballottement rénal, se retrouve dans la majorité des observations.

En revanche, la masse donne rarement le contact lombaire, lequel exige soit une ptose rénale droite associée, soit un lobe flottant volumineux ou profond et touchant, au moins par son extrémité libre, la paroi abdominale postérieure. Il est signalé par quelques auteurs (GENOUVILLE, Von HACKER, CADE et CHEVALLIER). Nous l'avons constaté deux fois sur nos 8 cas.

La percussion décèle de la matité. HELLIER, LE FORT, et parfois RIEDEL, enregistrent de la sonorité antérieure. HERRINGHAM note que le sommet de la masse est tympanique. Dans un cas de LOCKWOOD, dans ceux de ROUX, de CADE et CHEVALLIER, il existait une bande de sonorité entre la matité tumorale et celle du foie. Pour ROLLESTON, ce serait le fait habituel.

Les résultats de la percussion dépendant, à la vérité, de l'épaisseur du procès hépatique, de ses rapports avec un côlon plus ou moins distendu par les gaz et surtout de la façon dont on procède.

Dans la règle, la percussion légère fournit une matité uniforme, qui se continue avec celle du foie, sans sonorité intermédiaire (N. FIESSINGER).

Jusqu'à présent, nous avons reconnu à notre masse les caractères suivants : elle est mobile comme un gros rein ; elle semble en continuité avec le foie dont elle présente la matité, la consistance ferme, la surface lisse et régulière, l'abaissement inspiratoire.

Reprenons la palpation.

Elle donne souvent des renseignements décisifs.

1^o A quelques centimètres à droite de la ligne médiane, la tuméfaction se limite par un bord presque vertical. Une paroi souple et pas trop épaisse le laisse percevoir avec netteté : il éveille la même sensation que l'arête inférieure du foie ; comme elle, il est tranchant (*beilförmig*, disait RIEDEL) et s'accroche aisément ; en haut, il forme avec elle un angle arrondi où les doigts viennent buter.

Grâce à la perception d'un bord interne tranchant, on peut affirmer avoir affaire à un lobe de Riedel. S'il s'agissait d'une tumeur, ce bord serait globuleux, irrégulier, bossué même. Or, ici, il a toutes les apparences de l'arête inférieure du foie, précisément parce qu'il en constitue une partie « sortie du rang ».

C'est là le signe le plus précieux. Malheureusement, certains lobes cylindroïdes sont dépourvus de bords ; d'autres présentent un bord interne arrondi. De plus, la paroi abdominale n'a pas toujours la sou-

plesse et la minceur désirables, si bien que ce signe n'est pas absolument constant.

2^o Manque-t-il, nous chercherons à accrocher l'extrémité inférieure de la masse. C'est plus difficile que pour le bord interne ; l'on croit souvent tenir le rein.

3^o Reste le versant externe. Il est plus épais, souvent même il forme une véritable face. Son contour arrondi se perçoit nettement au voisinage du pôle inférieur, mais plus haut, il semble se perdre en arrière dans la profondeur de l'hypochondre (N. FIESSINGER). On ne parvient pas à le suivre jusqu'au foie. Retenons cette particularité ; elle nous sera utile pour le diagnostic différentiel.

4^o Il est rare que le palper permette de distinguer le sillon transversal séparant le foie de son lobe accessoire. En pareille circonstance, la recherche des signes précédents permettrait d'éliminer l'hypothèse d'une tumeur indépendante de l'organe.

Tels sont les signes physiques. L'examen viscéral ne révèle pas nécessairement d'autre anomalie ; le foie de volume normal n'est pas abaissé.

Mais le palper le plus expert ne donne pas toujours des renseignements aussi précis. Dans les cas difficiles on pourra avoir recours à un procédé que nous a enseigné notre Maître le P^r N. FIESSINGER et qu'on pourrait appeler le « procédé de la main savonneuse ». En voici la technique :

Le médecin se place à la droite de la malade ; sa main gauche déprime la région lombaire droite

comme pour le palper bimanuel du P^r CHAUFFARD. Sa main droite, préalablement enduite de savon tiédi, repose bien à plat sur la paroi abdominale antérieure au niveau de la tuméfaction. Elle exerce des mouvements circulaires de massage, de plus en plus profonds, mais très doux et sans perdre le contact avec les téguments. Au bout d'un instant, la main qui masse sent parfaitement la tumeur dont les contours apparaissent de plus en plus nets, comme si la paroi s'était amincie et, en quelque sorte, résorbée sous le massage. Ainsi, on parvient souvent à accrocher un bord interne tranchant qu'auparavant on n'arrivait pas à délimiter. Ce procédé est mis en œuvre avec profit chez les malades pusillanimes, à paroi résistante, ou en cas d'adipose et d'une façon générale toutes les fois que les sensations palpatoires sont peu nettes.

B. — LE LOBE DE RIEDEL COMPLIQUÉ

Nous réunirons sous ce terme, un certain nombre de faits dissemblables dans leur aspect et dans leur signification. On peut dire que le lobe flottant se complique lorsqu'il s'accompagne d'accidents. Ces derniers ressortissent :

- tantôt à l'existence même du lobe ;
- tantôt à des lésions surajoutées du foie ou des organes voisins.

1^o Dans le premier cas, de beaucoup le plus rare,

on incrimine volontiers pour expliquer les troubles, le poids et les déplacements de la masse pseudo-lobaire, qui semble d'autant moins bien supportée que son volume et sa mobilité sont plus considérables. Chez 3 malades de PENZOLDT, par exemple, un lobe de constriction extraordinairement mobile occasionnait les douleurs intolérables. Une de ses patientes fut obligée de garder le lit huit semaines de suite.

En ce qui regarde le mécanisme intime de l'intolérance, on en est réduit à des conjectures. Les tiraillements subis par la masse au niveau de sa jonction avec le foie, entraîneraient de la stase biliaire et sanguine dans le territoire sous-jacent (LANGENBUCH). La déclivité exagèrerait encore ces mauvaises conditions circulatoires. Le facteur âge (LETULLE) joue sans doute un rôle ; le lobe flottant n'est guère douloureux avant 40 ou 50 ans. Les poussées de congestion hépatique comme en font les éthyliques, les gros mangeurs, les dyspeptiques, les diabétiques, etc., nous paraissent dignes de remarque. Elles pourraient rendre compte des succès de certaines laparotomies purement exploratrices. Enfin, la compression des organes voisins, en particulier celle de la vésicule, si elle n'entraîne pas toujours des lésions caractérisées, n'en est pas moins susceptible de déterminer des perturbations fonctionnelles. Quoi qu'il en soit, le lobe de Riedel peut être à l'origine de certains troubles.

1^o *La douleur.* Le moins inconstant d'entre eux est la douleur.

C'est tantôt une gêne, une sensation pénible de pesanteur ou de plénitude, revêtant une allure continue, tantôt une véritable douleur, vive, aiguë, déchirante même, éclatant spontanément ou à la suite d'un traumatisme. Elle peut procéder par crises paroxystiques, d'une durée de deux à trois jours (TSCHERNING) et se greffer sur un fond d'endolorissement permanent.

Son siège d'élection est la région hépatique ou épigastrique. Elle atteint souvent les lombes droites · on l'a signalée dans le flanc, dans la fosse iliaque droite au et voisinage de l'ombilic.

Les irradiations de la douleur, variables suivant sa localisation initiale, se font vers l'épaule ou vers le flanc droits, dans le dos, vers la cuisse droite. La position verticale, la marche, les secousses d'un voyage, les changements de position la réveillent ou en augmentent l'intensité. Le repos au lit, le décubitus, l'atténuent souvent.

Une malade de LANGENBUCH, présentant il est vrai, un lobe flottant gauche, se trouvait soulagée en se couchant sur le ventre.

2^o Les auteurs rapportent encore une multitude de troubles, vraisemblablement réflexes, dont beaucoup paraissent en rapport avec l'état psychique du patient. Dans plusieurs observations, les premiers signes morbides se manifestent peu après la découverte fortuite d'un lobe de RIEDEL jusque-là muet.

Ces troubles intéressent surtout l'appareil digestif. Ce sont : de l'inappétence, des nausées, des vomissements, des digestions lentes et pénibles, de la constipation et parfois de la diarrhée. Chez d'autres malades, ils consistent en lassitude, asthénie, amaigrissement, accès fébriles inexpliqués (von HACKER), insomnies, ou en palpitations, angoisse, lipothymie, bouffées de chaleur.

Ce peuvent être enfin de petits troubles urinaires : mictions fréquentes, dysurie, incontinence d'urines.

HUCHARD, non sans raison, souligne l'ordinaire pauvreté de la symptomatologie fonctionnelle. Les troubles digestifs font, dans une certaine mesure, exception à la règle. Ils apparaissent pour peu qu'un lobe flottant s'écarte du type le plus simple. De complication avec la douleur hépatique, ils peuvent prendre le masque d'une dyspepsie vésiculaire en dehors même de toute atteinte du cholécyste. Sans doute, relèvent-ils alors de perturbations fonctionnelles de cet organe.

Les petits signes urinaires, quoique infiniment plus rares méritent de retenir l'attention. Associés à une douleur lombaire, ils orientent l'esprit vers une affection rénale. Ils simulent parfois une crise de rétention pyélique (cas de GENOUVILLE, de WILHELMI).

Localement, le lobe flottant compliqué se traduit par les signes que nous avons déjà étudiés. Viennent parfois s'y adjoindre un certain degré de défense musculaire de la paroi, une consistance plus dure

de la masse, qui se révèle douloureuse au palper et à la mobilisation. Voici, à titre d'exemples, deux observations résumées.

1^o Observation de Ritter von Hacker (1).

Anna H..., 36 ans, alors que sa santé antérieure avait été parfaite, se plaint depuis un an :

1^o de vomissements et de douleurs gastriques intermittents ;

2^o de douleurs lancinantes dans le dos et au niveau du sternum, empêchant tout travail ;

3^o d'accès de fièvre intense, accompagnés d'abattement.

4^o d'un amaigrissement important.

Il y a 5 mois, elle s'est découvert dans l'hypochondre droit une tumeur grosse comme une pomme et qui aurait un peu grossi depuis. Enfin, depuis peu de temps, elle présente de l'asthénie, des tendances lipothymiques, des tremblements intenses des mains et des pieds, une sensation perpétuelle de faim, vite rassasiée dès le début des repas.

A l'examen : tumeur dure, un peu plus grosse que le poing, légèrement mobile à la respiration, donnant le ballottement rénal et le contact lombaire, de surface inégale et bossuée. On pense avoir affaire à un « cancer du rein, de l'intestin ou des glandes rétro-péritonéales ». L'intervention fait découvrir un lobe flottant, irrégulier, bossué, rouge brun, relié au foie par un pédicule large de 3 à 4 travers de doigt et d'aspect calleux. On pratique une hépatopexie partielle ; quatre semaines plus tard, la malade quitte l'hôpital délivrée de tous ses troubles.

(1) VON HACKER. — *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1886, N^o 14-15, p. 488-489 ; 529-534.

2^o *Observation de Tscherning* (1).

L'auteur opère, en 1886, une femme de 36 ans, qui depuis 5 ans présentait une tumeur abdominale droite, à développement lent et progressif. Cette tumeur avait été le siège de douleurs particulièrement violentes et fréquentes dans les deux premières années : douleurs survenant par accès, de deux à trois jours, séparés par des accalmies de huit jours ; elles irradiaient dans le dos et dans les flancs et étaient d'une intensité telle que la malade devait garder le lit.

A l'examen de cette femme petite et mince, TSCHERNING trouve une tumeur étendue de l'épine iliaque antéro-supérieure droite au rebord costal. Elle remplit la fosse lombaire jusqu'un peu en dedans de la ligne mamelonnaire. Sa matité se continue avec celle du foie dont la limite supérieure est dans le quatrième espace intercostal. Sa surface est lisse, sa consistance solide. Elle est mobile jusqu'à atteindre la ligne médiane. On la refoule aisément en avant au palper de la région lombaire. Elle est sensible à la pression.

Le diagnostic hésite entre tumeur d'origine hépatique, lobe droit pédiculé et tumeur rénale. Mais comme les troubles paraissent dépendre nettement de la mobilité de la tumeur, TSCHERNING décide d'intervenir. Il opère le 9 juillet et tombe sur une tumeur solide, grisâtre, de surface fibroïde. Ce n'est autre qu'un lobe accessoire du foie, relié au lobe droit par un large pédicule. Il fixe cette tumeur par deux points de suture à la paroi abdominale latérale ; un tamponnement à la Mickulicz est pratiqué dans le but de provoquer des adhérences plus larges. Au mois de février suivant la malade est améliorée, mais incomplètement. Elle est encore obligée de se reposer quelques heures quand ses douleurs réapparaissent.

(1) TSCHERNING. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1888. N^o 23, p. 426-428.

2^o *Formes associées.* — La plupart du temps, les accidents de quelque importance sont surtout empruntés à une affection concomitante de la vésicule, du foie ou du rein.

La physionomie du lobe flottant reste souvent inchangée. Il importe néanmoins de connaître ces formes associées en raison des erreurs de diagnostic qu'elles risquent de faire commettre.

VII

FORMES ASSOCIÉES

I. — Le lobe de Riedel dans les affections biliaires

A. — FORME ASSOCIÉE A UNE CHOLÉCYSTITE

C'est, nous le savons, la plus fréquente des formes compliquées. Les accidents ne diffèrent en rien de ceux qu'on est accoutumé de rencontrer dans les cholécystites calculeuses ou non. Ce sont souvent, comme dans l'observation de TROUSSEAU, des coliques hépatiques, des poussées d'ictère mélangées ou alternées avec d'autres manifestations plus ou moins nettement vésiculaires.

Voici quelques exemples :

1^o RIEDEL(1) voit le 3 septembre 1887, M^{me} R (2)...., âgée de 30 ans qui depuis janvier 1886, immédiatement après son dernier accouchement, s'est découvert au-dessous du lobe droit du foie, une petite tuméfaction assez dure, mobile, indolore, non perceptible à chaque exploration, et que le médecin prend pour un rein flottant. Peu après

(1) *Berliner Klinische Wochenschr*, 1888. N^{os} 29 et 30.

(2) Voir p. 131, planche III. figure 1.

une violente crise de douleurs à type de colique hépatique suivie d'une urticaire fébrile, la tumeur se fixe et apparaît désormais en étroite connexion avec le bord inférieur du foie. Durant une année, elle s'accroît lentement, sans occasionner de troubles, quand en mai 1887, survient une nouvelle crise douloureuse, que prolongent cette fois de fréquents accès de vomissements, abondants et verdâtres. Depuis lors, l'état général reste très mauvais.

A l'examen, RIEDEL trouve, descendant jusqu'au voisinage de l'ombilic, une masse que, sur la perception d'un bord tranchant, il identifie à un lobe anormal du foie.

La masse est très douloureuse au palper. En raison de ce caractère et des données de l'anamnèse, RIEDEL pense à la possibilité d'une grosse vésicule calculeuse associée, bien qu'il ne parvienne pas à sentir de tumeur vésiculaire.

L'opération confirme partiellement son hypothèse en montrant sous l'appendice hépatique une vésicule jaunâtre, très tendue, fluctuante, dont l'incision donne issue à 500 cm³ de pus. Par contre, il n'existe pas de calculs.

2^o LÓPEZ (1), rapporte l'observation d'une religieuse âgée de 41 ans, entrée à l'hôpital Saint-Joseph de Lyon, en décembre 1910, pour un ictère par rétention, avec selles décolorées, cholurie et prurit tenace.

La malade qui souffre de l'estomac depuis plus de 15 ans, a fait au mois de mars précédent, une crise de coliques hépatiques avec ictère prononcé.

A l'examen, on perçoit une languette hépatique dépassant de 2 travers de doigt les fausses côtes. Au-dessous et en dedans d'elle, le point vésiculaire est sensible dans la profondeur, tandis que la vésicule lithiasique donne la sensation d'un petit relief, profond et très dur. L'opération montre une grosse et épaisse languette recouvrant en ma-

(1) Thèse de Lyon. 1918.

jeune partie la vésicule qui est rétractée, recouverte d'adhérences et divisée en deux logettes renfermant de petits calculs. Un volumineux calcul obstrue le cholédoque.

3° Une autre malade de LÓPEZ, âgée de 49 ans et qui avait eu sa première colique hépatique à l'âge de 25 ans, faisait depuis lors, tous les dix mois ou tous les ans, des crises douloureuses accompagnées, dans les mois précédant l'intervention, de vomissement répétés, d'amaigrissement et d'ictère intermittent.

4° Une femme de 68 ans, relate CABOT (1), entre à l'hôpital le 20 avril 1920, pour une crise douloureuse de l'hypochondre droit, accompagnée de vomissements abondants, le tout durant depuis 4 jours. Mais elle présente un long passé de crises analogues survenant d'abord tous les mois ou tous les deux mois, puis chaque semaine, et surtout la nuit. Le premier accident douloureux remonte à 24 ans. Très intense, il s'est accompagné de jaunisse. Depuis lors, la malade se connaît, juste au-dessous du rebord costal droit, une masse molle, de la taille d'une grosse noix et qui grossit transitoirement au cours des poussées douloureuses.

L'état général est mauvais : langue sèche, gros amaigrissement ; ventre plat, peau sèche et mince ; foie débordant uni et douloureux. Leucocytose et polynucléose à 80 %. Un examen radiologique pratiqué en février 1920 avait montré une ptose.

Le 27 avril, une cholécystographie révèle, outre une vésicule visible, une ombre à facettes ayant l'apparence d'un calcul.

Le 28 avril, à l'examen : masse de l'hypochondre droit situé juste au-dessous du foie et sans connexion apparente avec lui, dépassant un peu le niveau de l'ombilic, non

(1) CABOT. — *New-England Journ. of Medicine*, juin 1929 ; n° 26. vol. 200, p. 1344-1347.

lobulée, assez mobile, réductible en arrière, non douloureuse. Elle suit les mouvements respiratoires et semble peu différente d'un rein augmenté de volume.

A la pyélographie, le rein apparaît bas. On pose le diagnostic pré-opératoire de cholécystite probablement lithiasique, avec possibilité d'hydropisie vésiculaire et peut-être lobe de Riedel.

L'opération pratiquée le 2 mai, montre qu'il s'agit d'un lobe de Riedel s'étendant jusqu'à l'ombilic. Enfouie dans une masse d'adhérences, on trouve la vésicule (3 cm. x 2 cm.), à parois très denses et fibreuses. Elle ne contient pas de calculs, le cholédoque non plus.

Le 23 mai, guérison.

D'autres fois, tout se réduit à des douleurs abdominales, à des phénomènes dyspeptiques ou généraux, qui n'évoquent pas directement l'idée de leur origine.

Chez M^{me} K..., 49 ans, vue par RIEDEL, le 27 septembre 1887, c'est un syndrome pseudo-occlusif qui attire l'attention (douleurs et vomissements intenses, constipation, ventre ballonné et douloureux).

Une autre malade du même auteur, M^{me} C... 30 ans, ressent de violentes douleurs abdominales peu après un effort et à cette occasion se découvre une tumeur dans le côté droit du ventre.

La patiente de TERRIER et BAUDOIN présentait des crises douloureuses, des digestions lentes et pénibles qui furent attribuées à un rein mobile.

Dans les cas obscurs, quelques détails peuvent contribuer à créer une impression utile au diagnostic

de la cholécystite associée. Ce sont : un état nauséux, un teint jaunet, une fébricule, l'horaire surtout nocturne des douleurs, de petites crises de courte durée (2 à 3 jours), l'aggravation de tous les troubles dans la période pré-menstruelle et après l'ingestion de certains aliments.

Ce sont enfin les symptômes d'examen.

La sensibilité vésiculaire est le signe le moins infidèle. Ce que l'on sait des rapports anatomiques de la vésicule avec la déformation du foie explique la variabilité topographique de ce point douloureux. On le recherchera près du sommet du lobe aberrant, le long de son bord interne et surtout dans l'angle gauche qu'il forme avec le bord inférieur du foie (N. FIESSINGER). A ce niveau, la palpation profonde éveille souvent une vive douleur.

La tumeur vésiculaire. — Il arrive que l'on sente au même endroit, tout près du lobe de Riedel, une tuméfaction plus molle, tendue ou fluctuante, parfois très douloureuse : c'est la vésicule augmentée de volume. On ne parvient pas toujours à la palper. Deux fois sur 6 cas, RIEDEL ne perçoit que la languette hépatique. Il est encore plus rare de percevoir la petite tumeur dure, marronnée, que constitue la vésicule scléro-atrophique.

Autres signes locaux.

1^o La masse pseudo-lobaire se montre souvent

dure, comme sclérosée (TERRIER et BAUDOIN, LÓPEZ), douloureuse à la pression, par suite de la propagation au foie du processus inflammatoire parti des voies biliaires.

2^o La masse affecterait la forme d'une langue (CHAUFFARD, LÓPEZ).

Or, chez M^{me} C..., (1) RIEDEL trouve un lobe grossièrement triangulaire (et non linguiforme, l'auteur y insiste), muni d'un pôle inférieur arrondi ayant fait penser à un rein mobile. Ce lobe n'en recouvrait pas moins une grosse vésicule calculeuse.

M^{me} Clara K..., (2) relate encore RIEDEL, présentait un prolongement hépatique arrondi, aucunement sensible au palper (il existait un point cystique), mais associé à une vésicule distendue, contenant deux gros calculs.

Inversement, un lobe à la fois linguiforme et douloureux peut se voir en dehors d'une grave atteinte du cholécyste.

M^{me} N..., 42 ans, examinée par RIEDEL, le 28 octobre 1887, se plaint depuis 9 ans de douleurs épigastriques survenues aussitôt après un accouchement normal. Ces douleurs qui irradient en arrière à travers l'hypochondre droit, sont augmentées par les mouvements, par la marche ; elles cessent presque complètement au repos, en décubitus. Elles s'accompagnent depuis 3 ans de fréquents vomissements aqueux. Jamais d'ictère ni de colique hépatique.

(1) Voir p. 134, planche III, fig. 4.

(2) Voir planche III. fig. 6.

A l'examen, lobe linguiforme, se laissant déplacer vers la ligne médiane ; toute pression à ce niveau, tout mouvement réveille les plus vives douleurs à irradiations dorsales.

L'intervention montre qu'il s'agit bien d'un lobe linguiforme, mais nulle part adhérent, sans trace de réaction inflammatoire. La vésicule blanchâtre, affaissée, ne contient pas de calculs, mais une sérosité épaisse, et de la bile noire.

Amélioration post-opératoire. Reprise ultérieure des accidents et persistance du lobe linguiforme.

Néanmoins, il faut reconnaître que les formes associées à une grave affection de la vésicule ont souvent les caractères que lui ont assignés RIEDEL puis le P^r CHAUFFARD et LÓPEZ. Est-ce à dire qu'on doive suivre ces auteurs dans leurs conclusions ? Assurément non.

1^o Selon RIEDEL, lorsqu'un malade présente des troubles manifestement vésiculaires (coliques hépatiques, accès de vomissements abondants et répétés), la constatation d'une sensibilité spontanée ou provoquée de l'abdomen sous le lobe accessoire, suffit pour affirmer l'existence d'une « tumeur de la vésicule » et pour indiquer la cholécystotomie.

2^o Pour LÓPEZ, la languette est symptomatique de la lithiase biliaire arrivée à la phase chirurgicale et elle peut servir à reconnaître les cas frustes ou défigurés de cette affection.

Or, la languette s'associe rarement à une tuméfaction de la vésicule (N. FIESSINGER) ; elle est loin de coïncider toujours avec la lithiase biliaire. Les

signes dits « vésiculaires » traduisent aussi bien les lésions importantes (empyème, sclérose, calculs) que les perturbations fonctionnelles de l'organe.

Nos conclusions, beaucoup moins catégoriques, seront les suivantes : l'association d'un lobe de Riedel linguiforme ou non, douloureux ou indolore, avec des signes d'affection vésiculaire, doit faire soupçonner : 1^o la lithiase biliaire ; 2^o la possibilité d'une grosse vésicule, qui ne seront affirmées que sur d'indiscutables constatations comme la tuméfaction du cholécyste, les images calculeuses à la radiographie, la présence de calculins dans le liquide de tube duodénaï. Cette association ne nous semble pas constituer à elle seule et dans tous les cas, une indication à l'intervention systématique et immédiate du chirurgien.

B. — FORME ASSOCIÉE AU CANCER DES VOIES BILIAIRES

LÓPEZ en connaît 16 cas dont malheureusement il ne donne pas la relation.

MARCHAND en a observé 2 cas.

RIEDEL en publie deux observations que nous résumons ci-après :

1^o Une femme de 56 ans (1) se plaint depuis 2 mois uniquement d'anorexie ; aucune douleur.

L'examen révèle une saillie de la région supérieure droite du ventre, déterminée par un gros foie sous lequel on constate une tumeur piriforme, très douloureuse à la

(1) RIEDEL. — *Berlin. Klin. Wochschr.* 1888, N^o 29.

pression. Deux semaines plus tard, survient une violente crise dysentérique qui dure 8 jours, suivie bientôt de douleurs au niveau de la fosse iliaque droite.

Le 29 mai 1888, l'état de la malade est misérable. La tumeur paraît séparée en deux portions par une rainure peu profonde, dirigée suivant la ligne spino-ombilicale droite. La partie supérieure est représentée par un prolongement hépatique, l'inférieure par une tumeur vésiculaire si compacte qu'on pense à une néoformation.

L'intervention montre la coexistence d'un lobe aberrant et d'une vésicule sous-jacente remplie d'une masse friable et caséuse.

L'examen histologique en révèle la nature maligne, vraisemblablement sarcomateuse.

2^o M^{me} SCH..., (1) 56 ans, se plaint depuis des années de pesanteurs épigastriques. Depuis six semaines, à la suite d'une chute sur le côté droit du thorax, elle ressent une véritable douleur. L'état général est cachectique. On trouve un gros foie avec languette, atteignant la ligne spino-ombilicale, et de surface inégale.

RIEDEL hésite entre cancer du foie et cancer de la vésicule.

Une laparotomie exploratrice, faite le 28 septembre 1891, révèle à côté d'un gros foie nodulaire à languette, un cancer de la vésicule laquelle renferme deux gros calculs.

Au milieu du mois d'octobre suivant, la malade sort de l'hôpital avec un ictère au début.

II. — Lobe de Riedel et splachnoptose abdominale

Cette association ne présenterait pas d'intérêt clinique si elle n'exposait à des erreurs de diagnostic. En effet, la déformation du foie affecte sa forme

(1) RIEDEL. — *Erfahrungen über die Gallenstein-Krankheit*. Berlin, 1892.

la plus simple. Les troubles imputables à la ptose sont d'ordinaire d'une extrême banalité : dyspepsie du type hyposthénique, constipation, signes de dystonie neuro-végétative. Parfois, en cas de ptose rénale associée, ils consistent en douleurs lombaires irradiant vers la cuisse droite et en petits troubles urinaires : pollakiurie, dysurie, fixant l'attention sur le rein.

Comme chez tous les ptosiques, il existe de l'amaigrissement et souvent un habitus qui risque de faire penser au pire, en présence d'une masse de nature indéterminée.

Ainsi, O' CONOR (1) porte chez M^{me} M..., le diagnostic de néoplasme du rein droit. Sa malade, âgée de 52 ans, se plaignait de douleurs dans l'abdomen et dans les lombes gauches, apparues 2 ans auparavant, à la suite d'une opération pour hémorroïdes. Les douleurs, mal définies, jamais aiguës, étaient calmées par la pression et semblaient en rapport avec une constipation périodique. Deux faits, enfin étaient à retenir ; il existait : 1^o des mictions fréquentes, 6 à 10 le jour, 4 à 6 la nuit, avec des urines normales, sans trace de pus ni de sang ; 2^o un amaigrissement de 8 kg. depuis le début des douleurs.

Lors de son examen, l'auteur est frappé par la maigreur de la malade et par son teint jaune-sale contrastant avec des sclérotiques claires. Il découvre dans les lombes droites une grosse masse lisse, librement mobile, légèrement sensible à la pression bi-manuelle et dont le pôle supérieur est distinct et en partie accrochable (?). Le rein gauche palpable, n'est ni augmenté de volume, ni sensible.

(1) O' CONOR. — *Journ. of Urology*, 1920, IV, p. 97-105.

Il n'existe pas de point douloureux costo-vertébral. Le rebord hépatique descend à deux travers de doigt au-dessous des côtes ; il apparaît régulier et sans rapports avec la masse sentie plus bas.

On pratique une radioscopie qui montre une ptose des côlons ascendant et transverse et un cathétérisme urétral au cours duquel la sonde droite s'arrête à 22 cm. et ne ramène pas d'urine. De ce côté, le liquide opaque ne passe pas, tandis qu'à gauche l'urétéro-pyélographie ne montre rien d'anormal.

C'est avec le diagnostic de cancer du rein droit qu'on intervient. On trouve alors un foie abaissé, avec un lobe flottant qui atteint l'épine iliaque antéro-supérieure ; deux reins normaux et en bonne position ; une vésicule normale, sans trace de processus inflammatoire ; mais une viscéroptose très marquée avec notamment un cæco-ascendant très large et très mobile ; l'appendice atrophie est enlevé.

La malade guérit parfaitement.

Dans un cas de WILHELMI (1), c'est une ptose rénale avec rétention pyélique qui cause tout le mal :

M^{me} K..., 63 ans, présente périodiquement depuis 30 ans, une sensation de gonflement post-prandial localisée à l'épigastre et accompagnée d'une impression de ballonnement abdominal. Depuis peu, elle a des mictions fréquentes, de l'incontinence d'urine. Il s'agit d'une malade plutôt maigre.

L'examen fait découvrir dans le côté droit du ventre, une grosse masse lisse, mobile, s'étendant du rebord costal à la crête iliaque ; à l'inspiration on en accroche le bord inférieur ; la radioscopie la situe « au-dessus » de l'estomac.

(1) WILHELMI. — Riedel's lobe simulating nephroptosis. *Journ. Americ. Med. Assoc. Chicago*, 1923, LXXX, 1755-57.

Un cathétérisme urétéral montre que la sonde est arrêtée à 6 cm. du méat droit ; la pyélographie ascendante révèle une ptose du rein droit dont le bassinet est distendu et une image d'hydronéphrose d'ailleurs partiellement voilée par les gaz du côlon et par la crête iliaque. Sur le cliché, se remarque, dans le flanc droit, une légère ombre linguiforme descendant du rebord costal. Pourtant seul le rein ptosé retient l'attention. L'intervention prouve qu'on avait affaire à un lobe de Riedel cachant un rein droit prolabé et atteint de distension pyélique.

Une néphropexie amène la guérison.

Chez une malade de GÉRARD-MARCHANT, dont l'observation est rapportée par JUDET (1) puis par PELLET, tous les troubles semblent provenir d'une ptose hépatique. En effet :

Il s'agit d'une femme de 49 ans ayant fait sept grossesses dont une gémellaire et qui, depuis janvier 1901, accuse de l'inappétence, des digestions pénibles avec quelques vomissements, un amaigrissement progressif, un arrêt des règles d'une coloration jaunâtre de plus en plus marquée des téguments. Les selles restent colorées ; jamais de coliques hépatiques.

A l'examen, le 20 mai 1901, l'hypochondre droit paraît légèrement bombé ; le foie déborde de trois travers de doigt. Il est manifestement abaissé (sa limite supérieure est dans le 6^e espace) et augmenté (il atteint 17 cm. de hauteur, un peu en dedans de la ligne axillaire). En continuité avec lui, existe une masse arrondie qui, à gauche, atteint la ligne médiane et en bas dépasse le niveau de l'ombilic de trois travers de doigt ; elle descend jusqu'à la fosse iliaque.

(1) JUDET. — De l'hépatoptose et de son traitement par l'hépatopexie. *Rev. de Gynécol.*, 1902, vol. 6, p. 131-148.

En dedans, elle est pourvue d'un bord tranchant qui longe la ligne médiane. En dehors, elle remplit la fosse lombaire. On la soulève légèrement, mais surtout on la déplace dans le sens transversal ; elle est ferme et résistante. Sa matité se continue sans aucune modification avec celle du foie.

En présence de ces signes, on pose le diagnostic de kyste hydatique du foie et peut-être de cancer.

L'intervention, pratiquée le 24 mai 1901, par le Dr GÉRARD-MARCHANT, montre un foie prolabé et une hypertrophie localisée du lobe carré qui forme une saillie sessile du volume du poing. Hépatopexie.

Revue au mois d'octobre suivant, la malade dont le foie et la « tumeur » sont restés en bonne place, a repris de l'appétit et du poids (10 kg.) ; ses règles sont revenues ; son teint jaune a disparu progressivement.

III. — Forme associée à une tumeur d'un organe adjacent au foie

RIEDEL en a observé un cas dont voici la relation succincte.

M^{me} B (1)..., 32 ans, après un avortement remontant à 8 mois, se sent une tumeur dans le côté droit du ventre ; cette masse ne détermine d'ailleurs que de petites douleurs gastriques et lombaires.

Depuis 8 à 10 semaines, la tumeur qui grossit à vue d'œil sans occasionner de fortes douleurs, s'accompagne de fièvre vespérale et d'asthénie. Pas de signes urinaires.

Le 4 février 1888, l'examen trouve un gros foie, une languette arrondie, repoussée en avant par une tumeur sous-hépatique grosse comme une tête d'enfant. Cette

(1) Voir p. 131, planche III, fig. 7.

masse, un peu mobile, est bossuée, fluctuante, à peine sensible.

L'opération (5 février 1888) montre que derrière la languette hépatique évolue une pyonéphrose droite dont l'incision donne issue à du pus et à des calculs.

Le 17 mars, des douleurs apparaissent qui forcent à pratiquer une néphrectomie, d'ailleurs mouvementée. Malgré une plaie intestinale accidentelle, reconnue seulement 8 jours plus tard, la malade guérit parfaitement.

En juin, la languette n'était plus perceptible au palper.

Cette observation est, à notre connaissance, le seul exemple de lobe flottant droit développé au contact d'une tumeur d'un organe autre que la vésicule.

Schütz a rapporté un cas de languette du lobe gauche adhérent à une tumeur de la face antérieure de l'estomac.

IV. — Le lobe flottant recèle parfois une tumeur hépatique

a) Ce peut être une *gomme*. BASTIANELLI en découvrit une dans le lobe qu'il réséqua en 1895. Elle n'avait donné lieu à aucun symptôme particulier.

Un cas analogue fit faire à MUNRO une erreur de diagnostic dont voici l'histoire (1) :

Une « veuve d'un certain âge », chez qui la syphilis n'a jamais été soupçonnée, se plaint de douleurs dans le côté

(1) MUNRO. — Gumma of the liver as a surgical disease. *New-York State journ. of Med.* avril 1908 ; vol. 8, n° 4 ; p. 183.

droit du ventre. Ces douleurs, continues depuis 2 mois, s'accompagnent d'un amaigrissement de 10 kilogrammes et d'une constipation alternant avec de la diarrhée. Au niveau du cæcum on découvre une tumeur sensible, nodulaire et mobile qui a tout à fait l'aspect d'un cancer du cæcum.

A l'opération : lobe de Riedel typique présentant au niveau de son sommet deux gommés isolées, chacune de la taille d'un petit œuf. On les excise. Par ailleurs, aucune tumeur ne peut être sentie. Pas de calculs vésiculaires. Guérison par traitement anti-syphilitique.

b) Ce peut être une tumeur d'origine syphilitique.

En août 1901, le Pr LEGUEU (1) opère à l'Hôtel-Dieu une femme de 51 ans entrée pour douleurs abdominales accompagnées de perte de forces. Dans les antécédents de cette malade, on relève des crises d'épilepsie depuis l'âge de 18 ans. Il y a 20 ans : ictère et crises de coliques hépatiques qui ne se sont jamais reproduites depuis. Bien qu'elle nie tout accident syphilitique, et qu'elle n'ait pas présenté d'éruption suspecte, la malade a perdu ses cheveux, a fait des céphalées nocturnes ; enfin, il y a deux ans elle a été traitée pour une tumeur de la partie antérieure du cou par des frictions mercurielles et une médication iodurée.

Depuis 5 ans, elle se plaint de douleurs de l'hypochondre droit, coïncidant avec des périodes de mictions difficiles.

L'examen révèle l'existence de deux reins mobiles ; devant le rein droit, il existe dans la région vésiculaire, une tumeur lisse, régulière, arrondie, peu douloureuse

(1) LEGUEU. — Deux cas d'hépatectomie pour syphilis. *Congrès Français de Chirurgie*. Paris 1901, tome 14, p. 607-611.

au toucher, se déplaçant avec les changements d'attitude mais conservant toujours son point d'attache dans la région hépatique comme si elle y était fixée par un large pédicule. Cette tumeur semble faire partie intégrante du foie ; aussi le P^r LEGUEU pense-t-il avoir affaire à une vésicule biliaire dilatée ou kystique.

L'opération est pratiquée le 9 août 1901 ; on tombe sur un lobe flottant, relié à la partie droite du lobe du foie par un large pédicule. La vésicule est normale. A la face inférieure du lobe flottant existent deux épais noyaux fibreux ressemblant à des noyaux de cancer. Le P^r LEGUEU pense à la syphilis ; il procède à leur ablation.

Suites simples. L'examen histologique confirme qu'il s'agissait bien de syphilis hépatique.

c) Certains lobes flottants peuvent être le siège d'une dégénérescence cancéreuse. L'observation de Roux (1) en est un exemple :

Marie F..., 54 ans, très bien portante jusqu'au printemps 1895, commence à perdre les forces et l'appétit. L'amai-grissement fait de rapides progrès.

En décembre, elle se découvre par hasard une tumeur abdominale, mobile, grosse comme un œuf et que son médecin prend pour un rein flottant. Bientôt apparaissent de violentes douleurs en ceinture.

A son entrée à l'hôpital, le 26 février 1896, on constate au niveau de l'hypochondre droit, l'existence d'une tumeur large de quatre travers de doigt, et dont le bord gauche touche à l'ombilic, tandis que sa limite inférieure dépasse de 3 centimètres la ligne bi-épineuse. La masse suit les mouvements respiratoires ; elle est mobile transversale-

(1) Roux. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1897, XVII, p. 114.

ment ; ses contours sont unis sauf à la partie supérieure où l'on note des irrégularités. Elle est mate, mais sa matité est séparée de celle du foie par une étroite bande de sonorité.

L'opération (28 février) montre qu'il s'agit d'un lobus pendulus du foie adhérent par ses faces postérieure et inférieure au côlon transverse et recouvrant une vésicule calculeuse fistulisée dans le côlon. Ablation de la tumeur.

L'examen de la pièce opératoire révèle un cancer du foie heureusement limité au territoire du lobe aberrant.

Le Pr N. FIESSINGER a observé plusieurs faits de ce genre.

V. — Le lobe flottant est parfois le siège d'une cirrhose localisée

Certains lobes flottants présentent des lésions localisées de cirrhose tandis que le reste du foie demeure normal.

Dans une intéressante observation de CADE et CHEVALLIER (1), il s'agit d'une cirrhose vraisemblablement syphilitique :

M^{me} C..., 32 ans, a présenté, il y a 18 mois, une diarrhée très abondante, surtout matinale, des périodes de vomissements répétés et précoces, de l'inappétence. Ces accidents se seraient accompagnés d'une « grosse vésicule ». Grandement améliorés à la suite d'un séjour à la campagne, ils ont réapparu depuis 2 mois et ont entraîné un amaigrissement de 5 kilogrammes.

Dans les antécédents, on ne relève guère qu'une période

(1) CADE et CHEVALLIER. — *Journ de Méd. de Lyon*, 1928, p. 473-480.

d'aménorrhée de 2 à 3 mois, survenue il y a 2 ans, et suivie de métrorragies. La malade est mariée ; elle n'a jamais eu ni enfant ni fausses couches. Son mari est bien portant.

A un premier examen, on découvre dans l'hypochondre droit une masse volumineuse, débordant largement les fausses côtes, donnant l'impression d'appartenir au foie ; mais la nature en est très discutable. La malade entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 16 juillet 1927, pour complément d'enquête. Toutes les explorations demeurent négatives, y compris la radioscopie et la réaction de BORDET-WASSERMANN pratiquée dans le sang.

Au cours des examens ultérieurs, on établit que la tumeur descend jusque dans la fosse iliaque ; sa limite inférieure est difficile à préciser ; elle ne présente pas de bord accrochable. Elle est séparée de la matité hépatique par une bande très nette de sonorité colique ; elle donne le contact lombaire et le ballottement rénal. Un lavement baryté sous écran permet d'éliminer l'hypothèse d'une tumeur de l'angle colique droit. On s'arrête alors au diagnostic de tumeur rénale. Le Dr Sauty est du même avis, malgré l'absence d'histoire urinaire et les résultats négatifs de la cystoscopie et de l'examen des urines séparées par cathétérisme.

Le 8 août 1927, le Dr Sauty procède à une laparotomie exploratrice : le rein et le côlon sont indemnes. La tumeur est constituée par la « presque totalité du lobe droit du foie, hypertrophié et pédiculé qui pend lacrymiforme sous le reste de la glande, jusque dans la fosse iliaque droite. » Elle est grosse comme 2 poings. Fait remarquable : ce lobe pédiculé est cirrhotique, jaune pâle, dur et ficelé alors que le reste du foie est mou, souple et de coloration normale. Quelques ponctions au bistouri dans la tumeur ne montrent rien de particulier. Les voies biliaires sont indemnes de toute lésion, de toute lithiasé.

Malgré un Bordet-Wassermann négatif, on institue un traitement anti-syphilitique mixte (Hg et 914).

Le 20 octobre 1927, tous les symptômes ont disparu. La malade ne vomit plus ; les selles sont normales ; elle a repris de l'appétit et du poids (6 kilogrammes). Elle ressent encore de légères et transitoires douleurs dans la fosse iliaque droite.

VI. — Forme associée à un gros foie

Chez 7 malades porteurs de gros foies, nous avons rencontré une déformation parfois considérable du bord inférieur du lobe droit. Il ne s'agit plus ici d'une masse mobile comme un gros rein et en continuité probable avec le foie. Il s'agit manifestement d'une partie déformée de l'organe. Elle apparaît d'ordinaire peu mobilisable au palper, sans doute en raison d'une certaine induration parenchymateuse liée à l'hypertrophie ou à la sclérose. A cette particularité près, elle réunit tous les caractères assignés au lobe de Riedel.

Pour en expliquer la relative fréquence chez les sujets porteurs de gros foie, on pourrait invoquer un rapport de cause à effet entre le processus hypertrophique et le développement de l'anomalie. Frantz GLÉNARD n'y eût pas manqué. A notre avis, l'augmentation de volume du foie ne fait que rendre plus évidente une déformation préexistante, du bord inférieur de la glande.

Nous avons rapporté, d'autre part, l'observation d'un lobe de Riedel sur un foie atteint de cirrhose graisseuse (1). Nos six autres cas n'ont pu être vérifiés

(1) Voir page 34,

anatomiquement ; leur intérêt se trouve, de ce fait, notablement amoindri. Aussi, nous contenterons-nous de les relater en quelques mots.

1^o 2 cas associés à une cirrhose éthylique.

a) L... Jules (1), 49 ans, entré à la Charité le 10 juillet 1934, est un éthylique fortement imprégné (réflexes rotuliens et achilléens abolis). Il présente un gros foie lisse, sans ascite, sans circulation collatérale ni grosse rate, un lobe de Riedel atteignant la crête iliaque et mesurant 11 centimètres de long sur 12 centimètres de large. Ce lobe aberrant se continue, sans démarcation, avec le reste du foie dont il a la consistance un peu dure, et la matité.

Son bord interne est accrochable mais assez épais. La masse n'est pas mobilisable.

b) M. R..., (2), âgé de 57 ans, examiné à la Charité le 21 juillet 1934, éthylique avéré, est traité depuis 13 ans pour hépatite scléreuse hypertrophique, sans ascite ni circulation collatérale et depuis 7 ans pour un diabète sans dénutrition azotée.

Le foie, volumineux (12 centimètres sur la ligne mamelonnaire) lisse, régulier, un peu dur, présente un lobe surnuméraire droit qui dépasse de 11 centimètres le rebord costal et arrive en bas à 2 centimètres au-dessus de la crête iliaque. Ce lobe est pourvu d'un bord interne vertical accrochable. Le côté externe, arrondi, se perd en haut dans la profondeur de l'hypochondre ; on ne le suit pas jusqu'au foie. Nullement mobile transversalement, il l'est peu dans le sens antéro-postérieur et ne donne ni le ballotement rénal ni le contact lombaire. Il est tout à fait indolore, sa matité se continue avec celle du foie.

2^o 2 cas associés à un foie cardiaque.

(1) Voir planche I, fig. 1.

(2) Voir planche I, fig. 2.

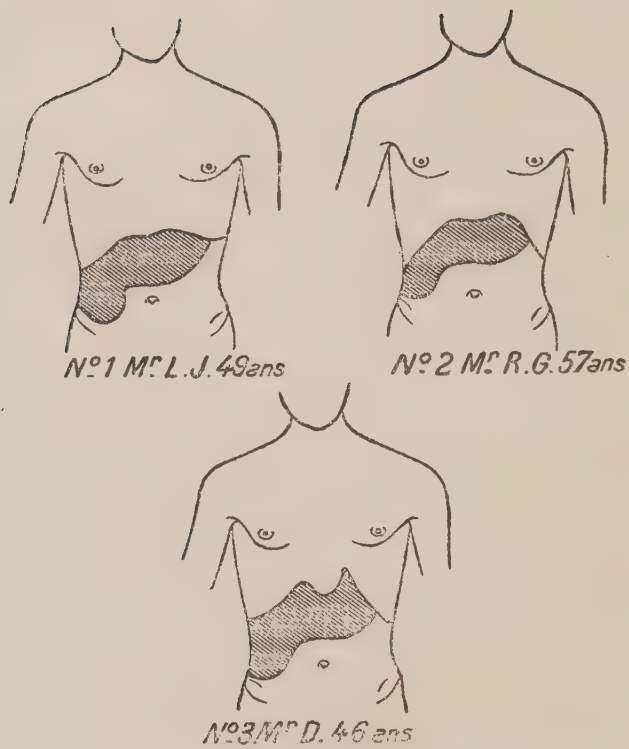


Planche I.

a) M. D... (1), 46 ans, vu le 25 octobre 1934, est entré pour la deuxième fois à la Charité, en pleine asystolie (insuffisance aortique typique avec, depuis peu semble-t-il, un souffle mitral un peu rude). Syphilis contractée à 18 ans et apparemment bien traitée. L'abdomen ballonné ne contient pas d'ascite, mais il existe une splénomégalie accessible au palper. Sur un foie très gros (25 centimètres sur la ligne mamelonnaire) on découvre un lobe flottant droit, pas très volumineux (5 centimètres de long sur 10 de large), dur, sensible, à peine mobile, mais présentant tous les autres caractères physiques du lobe de Riedel. La dureté du foie, sa déficience fonctionnelle (aux épreuves du rose bengale, de la galactosurie provoquée et de l'indice biliaire plasmatique), l'hypertrophie splénique prouvent qu'il s'agit bien d'une véritable cirrhose, vraisemblablement d'origine cardiaque.

b) Mme P... (2), 60 ans, hospitalisée à la Charité pour maladie mitrale en décompensation présente outre un gros foie (15 centimètres sur la ligne mamelonnaire), peu sensible, dur, un lobe de Riedel de 6 centimètres de long $\times$ 5 centimètres de large, à bord interne tranchant, à bord externe globuleux, se perdant dans la profondeur de l'hypochondre. Pas de ballotement rénal; peu de mobilité. La malade de fort petite taille a une base thoracique remarquablement étroite (65 centimètres); elle n'a jamais porté de corset serré.

3^o Deux cas associés à un gros foie de nature indéterminée.

a) Mme V..., (3) 59 ans, hospitalisée à la Charité, salle

(1) Voir planche I, figure 3.

(2) Voir planche II, figure 1.

(3) Voir planche II, figure 2.

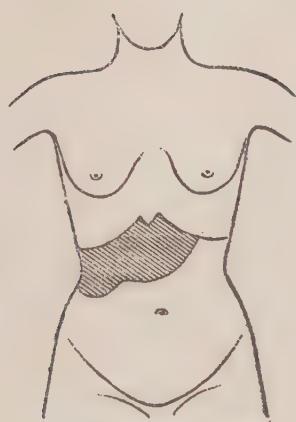
Piorry, nous est obligeamment présentée par l'interne du service. Elle est entrée à l'hôpital pour une hémoptysie survenue au cours d'un amaigrissement inexpliqué de 10 kilogrammes en un an.

L'examen pulmonaire est négatif (à l'exception d'un léger voile radiologique des deux sommets) ainsi que l'examen réitéré des crachats. Le foie volumineux est porteur d'un lobe flottant droit, mesurant 13 centimètres de long $\times$ 12 centimètres de large et atteignant la ligne spino-ombilicale droite. Ce lobe, tout comme le reste du foie, est mat, lisse, régulier, un peu dur, non douloureux. Son bord interne, vertical, est tranchant et accrochable. Le bord externe, imprécis, se sent néanmoins assez bien jusqu'au rebord costal. Très peu mobile, latéralement il l'est davantage d'avant en arrière ; pourtant il n'existe ni ballotement rénal ni contact lombaire.

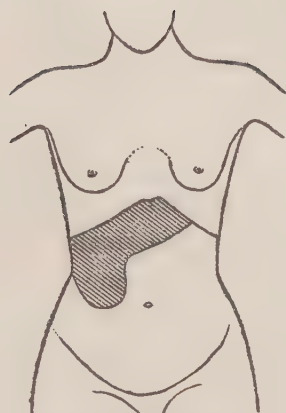
b) M^{me} G... (1), 26 ans, vient à la consultation du Pr N. FIESSINGER en décembre 1934 parceque, depuis 2 ans, elle se plaint de vomissements bilieux et glaireux survenant au réveil, accompagnés dans la journée de douleurs abdominales et de diarrhée. Tous ces troubles sont plus accentués au moment des règles. En outre, depuis ces derniers mois, elle souffre de crises épigastriques avec gonflement de tout l'abdomen, sensation de constriction thoracique et d'oppression. Aucun stigmate d'éthylisme.

A l'examen, taille mince, angle épigastrique étroit. Lobe flottant droit de 12 centimètres de long $\times$ 13 centimètres de large, dont le sommet inférieur dépasse de 2 centimètres le niveau de l'ombilic. Il est mat, ferme, lisse, régulier, indolore, comme le reste du foie qui est un peu augmenté de volume. Il présente une certaine mobilité dans le sens antéro-postérieur. Pas de ballotement rénal. Le bord in-

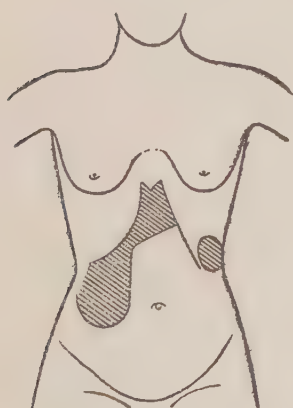
(1) Voir planche II, figure 3.



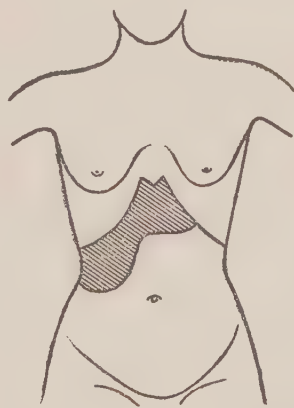
N°1 M^{me} P. 60ans



N°2 M^{me} V. 59ans



N°3 M^{me} G. 26ans



N°4 M^{me} B. 32ans

terne apparaît tranchant ; le bord externe est arrondi. Par ailleurs, rate largement percutable mais non palpable. La recherche de la valeur fonctionnelle du foie montre une grosse insuffisance.

Les conclusions de ce chapitre viennent confirmer celles de notre étude anatomique. Le lobe de Riedel apparaît bien comme une disposition morphologique du foie normal. « Le foie, à ce niveau, peut être altéré comme ailleurs, et c'est en somme toute la pathologie hépatique (hépatobiliaire même, dirons-nous) qui peut être en jeu pour expliquer non la forme, mais la dureté, les irrégularités et les signes généraux qui s'y adjoignent » (N. FIESSINGER).

VIII

DIAGNOSTIC

Les signes fonctionnels et généraux, d'ailleurs fort inconstants, ne sortant guère du commun que pour faire penser à une tout autre affection, vésiculaire ou rénale par exemple, le bilan des notions utiles au diagnostic du lobe de Riedel tient en définitive dans l'énoncé des symptômes d'examen. Il s'agit de reconnaître à une masse siégeant dans l'hypochondre droit et mobile comme un gros rein, des caractères attestant :

1^o qu'elle est inséparable du foie ;

2^o qu'elle représente une partie de cet organe sans en constituer une véritable tumeur.

Pour répondre au premier point, nous disposons d'éléments de valeur inégale. Ce sont :

a) l'abaissement inspiratoire ;

b) la continuité de surface et de matité des masses pseudo-tumorale et hépatique ;

c) l'accrochage de l'angle formé par le bord gauche de la tuméfaction avec le bord inférieur du foie.

Viennent résoudre à la fois les deux termes du problème :

a) la consistance ferme, la régularité, l'indolence qui sont les attributs du tissu hépatique normal ;

b) l'imprécision du bord droit lequel semble plonger en haut et en dehors dans la profondeur de l'hypochondre ;

c) enfin, signe décisif : l'aspect tranchant et l'accrochage du bord interne.

Dans les cas schématiques, l'écueil semble résider dans le fait que, comme l'a dit HUCHARD, « l'idée même d'un lobe flottant ne vient guère à l'esprit ». Nombre d'erreurs ne reconnaissent pas d'autres causes ; il ne serait déjà pas sans utilité d'en faire le recensement. Mais l'intérêt du diagnostic est surtout dans les cas atypiques.

La palpation peut rencontrer des obstacles : abdomen volumineux, adipose, défense de la paroi.

Certains signes physiques peuvent manquer : par suite d'une particularité du pseudo-lobe (lobe profond, long pédicule) ou se trouver modifiés (lobe compliqué).

D'autres signes peuvent retenir exclusivement l'attention ; tels le ballotement rénal et parfois le contact lombaire.

Les symptômes fonctionnels et généraux peuvent orienter vers une affection toute différente. Le siège et la forme rénaux ou vésiculaires de la tumeur viennent parfois confirmer cette première impression diagnostique.

D'où les confusions. Les unes seulement possibles, les autres souvent commises. Ces dernières, que nous étudierons tout d'abord, sont représentées :

- 1^o par les « gros reins » ;
- 2^o par les grosses vésicules.

I. — Erreur avec les gros reins

Nous avons déjà vu, à propos du lobe de Riedel associé à la ptose abdominale, deux exemples d'une telle erreur. En voici d'autres :

1^o Chez une malade d'O'CONOR, une pyélonéphrite bilatérale a fait prendre un lobe de Riedel pour une pyonéphrose droite. L'histoire est la suivante :

Caroline B... (1), 38 ans, présente depuis 4 jours au niveau du côté droit, une douleur permanente avec paroxysmes aigus qui irradient vers les lombes et la cuisse droites, des mictions fréquentes, de la fièvre ; à l'examen, une sensibilité diffuse de la partie supérieure droite du ventre, avec une douleur exquise dans l'angle costo-vertébral ; enfin, une masse située à mi-chemin entre le rebord costal et la crête iliaque. Cette masse, à limites nettes, accrochable, légèrement mobile, non sensible, a un pôle supérieur nettement perceptible et qu'on peut abaisser (?).

La radioscopie ne montre pas d'image calculeuse.

Le cathérérisme urétéral ramène, surtout à droite, des urines purulentes. On ne peut pratiquer de pyélographie.

A l'intervention, le rein apparaît normal, mais il existe un lobe flottant extrêmement mobile, atteignant presque le pubis.

(1) O'CONOR. — *Journ. of Urology*, 1920, IV, p. 97-105.

2° Dans l'observation suivante, des crises douloureuses et fébriles, un amaigrissement marqué ont fait penser à un cancer infecté du rein.

Le ^{Pr} N. FIESSINGER examine en janvier 1922 M^{me} de B..., âgée de 52 ans qui, depuis 4 ou 5 mois, présente une température irrégulière, avec un brusque clocher à 40° tous les 4 ou 5 jours, des douleurs constantes de l'hypochondre droit et, au moment des poussées fébriles, des crises paroxystiques plus ou moins intenses ; mais ce ne sont pas là des coliques hépatiques franches. Pourtant à chaque poussée fébrile et douloureuse survient un accès d'ictère léger avec décoloration des matières.

Depuis 2 mois, cette malade maigrit, d'une façon surprenante. Elle a été examinée à Bordeaux pour les mêmes accidents par les médecins et les chirurgiens les plus autorisés de la ville. Ces derniers, après avoir éliminé le paludisme, ont rattaché les poussées fébriles et douloureuses à l'existence d'une grosse masse de l'hypochondre droit qu'ils ont considérée comme un cancer infecté du rein droit.

Le ^{Pr} N. FIESSINGER conclut différemment. La grosse masse présente une matité continue avec celle du foie ; son bord interne et son pôle inférieur sont accrochables ; elle n'est aucunement réductible. Ces caractères font affirmer un lobe de Riedel. En outre, il existe un point cystique dans l'angle gauche formé par le bord inférieur du foie et le bord interne de la masse ; il existe encore un point pancréatico-cholédocien. Les données de l'examen, les poussées fébriles, le léger subictère, la décoloration intermittente des matières, la cholurie, les douleurs prédominant dans la région vésiculaire font dire au ^{Pr} FIESSINGER qu'il s'agit d'un lobe de Riedel compliqué de cholécystite et de calcul du cholédoque. Le ^{Pr} DUVAL confirme ce diagnostic.

Une radiographie faite par le D^r H. BÉCLÈRE montre un volumineux calcul. L'opération, pratiquée le 9 février 1922 par le P^r DUVAL fait découvrir, comme on s'y attendait, un lobe de Riedel, un gros calcul vésiculaire, plus deux autres calculs du cholédoque qui avaient passé inaperçus aux rayons X à cause de leur projection derrière le calcul antérieur.

Après ablation des calculs, on fait une cholécystectomie et un court drainage du cholédoque. La malade guérit complètement en une quinzaine de jours. Le lobe de Riedel est retrouvé par le P^r FRIESSINGER le 11 juillet 1922, le 5 janvier 1924, le 14 mai 1928. Aucune rechute biliaire. La malade fait en 1923, 1924, 1925, 1926, des cures à Vichy où elle est suivie par le D^r PARTURIER qui constate aussi le lobe flottant.

CRITIQUE DES FAITS

Dans les deux faits précédents, certains symptômes manquants ou au contraire positifs, avaient été négligés.

1^o La pyonéphrose extrêmement douloureuse au palper, présente des alternatives de rétention et de débâcles purulentes ; dans l'observation d'O'CONOR, la masse n'était pas même sensible ; à aucun moment il n'y avait eu de « vomique rénale ».

2^o Chez M^{me} de B..., chaque poussée douloureuse et fébrile se terminait par un léger ictère avec décoloration des matières ; le cancer supposé du rein n'avait jamais saigné ; il était pourvu d'un bord interne et d'un pôle inférieur accrochables.

Schmid.

Dans les deux cas, une tumeur de caractère rénal par le siège et par la forme fait conclure à un gros rein.

ÉLÉMENTS DE DISCRIMINATION

Caractères physiques. — Les éléments de discrimination, certes, sont parfois théoriques. Mais un lobe de Riedel se montre rarement à la fois :

- sonore en avant₂;
- arrondi à son pôle inférieur ;
- muni d'un bord interne non accrochable ;
- facilement réductible en arrière et en contact avec la paroi lombaire, ;

— porteur d'un profond sillon basal donnant aux doigts qui remontent sur la face antérieure de la tumeur, l'impression de buter contre le bord inférieur du foie.

Signes fonctionnels. — Tous les gros reins n'exposent pas également à erreur. Bien avant l'apparition d'une tumeur, le *cancer* a saigné ; la *tuberculose* s'est traduite par une cystite avec pyurie bacillifère ; la *lithiase* infectée a derrière elle un long passé de douleurs et d'hématuries provoquées. Aussi ces affections restent-elles en général hors de cause.

LE REIN MOBILE

Il n'en est pas de même pour les « tumeurs » rénales isolées, peu riches en manifestations fonc-

tionnelles précises, comme l'hydronéphrose oligo-symptomatique ou muette, comme certains cas de reins polykystiques, ni enfin et surtout pour le rein mobile.

De très nombreux exemples le prouvent.

1^o Mme J..., pendant 20 ans de sa vie, fait à peu près régulièrement tous les 2 ou 3 mois des crises douloureuses très violentes du flanc droit, sans ictère ni fièvre, et qui se terminent par une polyurie abondante et subite.

Reverdin, de Genève, la voit en 1897 et lui découvre dans le flanc droit une masse qu'il prend pour un rein flottant. Comme, à chaque crise, cette masse devenait douloureuse, il pense avoir affaire à une hydronéphrose intermittente par coudure urétérale.

En 1905, à la suite d'une crise plus violente, on constate dans le flanc droit, l'existence d'une masse volumineuse présentant le ballottement rénal et le contact lombaire. On fait alors le diagnostic de gros rein droit et l'on opère.

On trouve un petit rein droit, haut situé, sans aucun indice de ptose ni d'hydronéphrose ; l'aspect scléreux de ce rein détermine le chirurgien à faire une capsulectomie. L'amélioration est considérable : pendant 2 ans, la malade ne présente aucune crise.

Le Pr N. FIESSINGER examine la patiente en 1908, à l'occasion d'un accident douloureux analogue ; il constate la présence d'une masse ballottante mais ne donnant pas le contact lombaire. Il porte le diagnostic de lobe de Riedel.

Deux ans plus tard, à la suite d'une crise fébrile et particulièrement douloureuse, survient de l'ictère qui fait rapporter rétrospectivement à la colique hépatique toutes les crises antérieures.

L'opération, pratiquée par le Pr GOSSET montre qu'il s'agit d'un lobe de Riedel typique, avec cholécystite cal-

culeuse (75 calculs à facettes et un peu de pus). Cholécystectomie ; guérison complète.

Mais les signes physiques du lobe de Riedel persistent, inchangés ; en 1922 la malade meurt à l'âge de 61 ans d'un œdème aigu du poumon.

2^o GENOUVILLE (1) examine une femme présentant « des symptômes absolument analogues à ceux du rein mobile, avec légère rétention rénale.

La malade, à la suite d'une chute, avait présenté, il y a deux ans, des symptômes d'hydronéphrose avec anurie et tout était rentré dans l'ordre à la suite d'une néphrorraphie.

Il a y quelques mois les symptômes de rétention avaient disparu et la malade entrain à l'hôpital avec une tumeur qui présentait la forme d'un rein, le contact lombaire, le ballottement, en somme tous les signes objectifs de la néphroptose.

Les antécédents donnaient à penser que la mobilité avait reparu malgré la néphrorraphie et le cathétérisme de l'uretère semblait confirmer ce diagnostic en révélant une rétention rénale de 300 grammes.

L'intervention montra qu'il s'agissait d'une languette hépatique mobile qui fut fixée par deux échelons de catgut. Quant à la rétention rénale, elle guérit par le cathétérisme de l'uretère. L'opération avait montré que le rein était resté bien fixé ».

« Entre un rein mobile et une languette hépatique, ajoute GENOUVILLE, il est bien difficile d'échapper à une erreur de diagnostic. »

Nombreux sont ceux qui, comme GENOUVILLE,

(1) GENOUVILLE. — *Annales des mal. des org. génito-urin.*, 1898 tome XVI, p. 1281.

commirent l'erreur (cas de TERRIER et BEAUDOIN, de PICHEVIN, de BASTIANELLI, de ROUX, de MARTIN, de LOCKWOOD, plusieurs cas de RIEDEL, de GLÉNARD...).

Le rein mobile, pourtant, tire de son manque de fixité deux particularités remarquables :

1^o Retenu par l'étreinte du palper bi-manuel, il s'échappe tout à coup comme un noyau de cerise pressé entre les doigts et disparaît sous les fausses côtes ;

2^o En position horizontale (celle de l'examen), il lui arrive de regagner spontanément la fosse lombaire pour ne redescendre qu'en position assise ou à la suite d'un effort.

Le lobe de Riedel paraît peu susceptible de présenter ni « l'échappement » ni le caractère de « tumeur fantôme » propres au rein mobile.

L'Association rein mobile-lobe de Riedel est souvent difficile à reconnaître. On y pensera en présence d'une masse pas très volumineuse en avant, donnant en arrière le contact lombaire. Voici un exemple de ce problème que, d'ailleurs, nous ne pûmes résoudre.

Notre confrère et ami, le Dr GRÉGOIRE de la Ferté-s/-Jouarre, voit au début du mois de septembre 1934, M^{me} B... (1), 32 ans, qui depuis deux années souffre après les repas de douleurs épigastriques sans horaire fixe, calmées par des vomissements bilieux et alimentaires.

Le matin à jeun, elle vomit souvent de la bile. Douleurs

(1) Voir p. 91, planche II, figure 4.

et vomissements post-prandiaux procèdent par crises d'une durée de 2 à 3 jours séparées par des intervalles de calme relatif, durant 8 à 15 jours.

Depuis quelque temps l'appétit a diminué, surtout dans les périodes douloureuses ; la constipation est habituelle et ancienne.

C'est muni de ces renseignements que le Dr GRÉGOIRE examine Mme B... Il découvre dans l'hypochondre droit une masse résistante, assez volumineuse, peu sensible, se continuant apparemment avec le foie et qui, mobile, donne nettement le contact postérieur.

L'examen somatique complet demeure à peu près négatif.

Un chirurgien est consulté ; l'avis de nos deux confrères est qu'il s'agit vraisemblablement d'une « affaire rénale » d'une ptose ou même d'un rein polykystique, bien que le rein gauche ne soit pas accessible au palper.

Un examen radioscopique du tube digestif ne révèle aucune image de lésion organique de l'estomac qui est un peu dévié à gauche. L'angle colique est abaissé, les anses grêles sont refoulées vers la gauche.

Une pyélographie ne montre rien au bassinet ni aux calices, le rein droit est en bonne position. Le Dr GRÉGOIRE pense alors à une anomalie morphologique du foie et vient, le 25 octobre 1934, demander confirmation de ce diagnostic au Pr N. FIESSINGER qui après avoir examiné la malade a bien voulu nous l'adresser.

Voici confirmés par notre Maître, les résultats de notre examen. La masse de l'hypochondre droit a une consistance rappelant celle du foie normal ; sa surface est lisse et régulière ; sa sensibilité au palper presque nulle. Assez volumineuse, elle atteint par son point le plus déclive le milieu de la ligne joignant l'ombilic au point d'intersection de la ligne mamelonnaire avec le rebord costal droit ; elle a 7 centimètres de hauteur et 14 de largeur. Elle

s'abaisse légèrement à l'inspiration ; sa mobilité transversale est médiocre ; en revanche elle présente, avec la plus grande netteté, le phénomène du ballottement rénal et le contact postérieur. Sa matité franche, continue avec celle du foie, contraste nettement avec la sonorité environnante. Bref, son origine hépatique ne semble guère pouvoir être mise en doute. La paroi abdominale, assez épaisse, rend malaisée l'exploration des bords de la tuméfaction. Toutefois, la sensation que donne le bord interne ne diffère pas de celle fournie par l'arête inférieure du foie ; elle autorise à reconnaître à la masse un bord accrochable ; au contraire, le côté externe demeure indistinct. En remontant vers le rebord costal on en perd vite le contact. Nous reconnaissons là les traits essentiels du lobe de Riedel. Reste à élucider le fait que la « tumeur » donne le contact postérieur, ce qui est assez inhabituel. Le P^r N. FRIESSINGER pense à la possibilité d'une ptose rénale associée. Malheureusement, il ne nous est pas possible de savoir si la masse antérieure et la masse postérieure appartiennent au seul lobe de Riedel ou bien à la fois à celui-ci et au rein ptosé.

Le cliché radiographique montrant un rein droit en bonne place, n'exclut pas l'hypothèse d'une ptose. On sait que certains reins mobiles remontent parfois dans leur loge sans qu'on puisse au cours de l'examen, les faire émigrer vers l'abdomen.

La malade retournant le même jour à la Ferté-s/-Jouarre, nous n'avons pu répéter les explorations.

Le P^r N. FRIESSINGER fut plus heureux dans un cas d'une telle coïncidence, observé à la Maison Municipale de Santé, en 1927 :

« Il s'agissait d'une malade qui, il y a quelques années, avait présenté une hématurie que tout permettait d'attri-

buer à une tuberculose rénale, d'ailleurs guérie spontanément. Elle présentait à la fois un lobe de Riedel des plus nets, confirmé par l'insufflation colique et, au-dessous de ce lobe flottant, un gros rein droit qui établissait un contact postérieur à la palpation bimanuelle et émergeait au moment des grandes inspirations. La différence de mobilité dans les grandes inspirations nous permit d'affirmer la coexistence des deux lésions » (1).

*
* *

Dans les cas où les moyens cliniques s'avèrent impuissants à trancher le litige entre « gros rein » et lobe de Riedel, les examens de complément dont on dispose actuellement (radiographie après insufflation colique, pyélographie, cystoscopie, cathétérisme des uretères, recherche de la valeur fonctionnelle de chaque rein), donnent la certitude. L'intervention exploratrice d'emblée, naguère ultime ressource, ne se justifie plus aujourd'hui. Fait-elle découvrir une tumeur rénale à extirper ? la néphrectomie doit être différée puisque le chirurgien ne connaît pas la valeur du rein opposé. S'agit-il d'un rein mobile ? La néphropexie en dehors d'une rétention pyélique bien caractérisée a de nombreux détracteurs. Le P^r LECÈNE, en particulier, la considérerait comme rien moins qu'indiquée chez les polyptosiques nerveux et dyspeptiques. Enfin,

(1) *Journal des Praticiens*, 28 nov. 1927, p. 780-782.

si l'on trouve un lobe de Riedel, la conduite la plus sage semble bien, sauf rarissimes exceptions, consister dans la fermeture immédiate. Dans les trois cas, l'intervention revêt donc un caractère d'utilité pour le moins discutable.

II. — Erreurs avec une grosse vésicule

1^o *Les erreurs.* — « Il était impossible, dit TROUSSEAU dans son observation princeps, de ne pas prendre pour la vésicule distendue par des calculs, un lobe irrégulier qu'on sentait à travers les parois de l'abdomen. »

1^o GÉRARD-MARCHANT (1) commet la même erreur :

L... Marie, 37 ans, a fait deux ans auparavant une colique hépatique avec ictère, lequel persiste depuis tandis que, chaque mois, survient une nouvelle crise douloureuse, identique à la première.

Le 28 novembre 1896, la malade, apyrétique et en bon état général, présente un ictère complet et un foie normal. Mais, au niveau de la 10^e côte droite, on sent une tumeur dure, non douloureuse au palper, à contours limités et arrondis en bas et qui semble être la vésicule biliaire distendue. On intervient le 9 décembre et on constate alors que la tumeur supposée vésiculaire est un lobe aberrant se détachant du lobe carré ; la vésicule est normale, mais rapetissée ; le cholédoque renferme 33 calculs.

2^o Dans une observation du Pr WALTHER (2), il s'agit

(1) GÉRARD-MARCHANT. — De la Cholédotomie. *Presse médicale*, 1896, n^o 46, p. CCXXVII-CCXXX.

(2) WALTHER. — *Bull. Soc. de Chirurg. de Paris*, 1903, t. 29, p. 888-890.

d'une femme de 41 ans qui, depuis l'âge de 13 ans, présente tous les 4 ou 5 ans, des crises douloureuses de la région hépatique avec irradiation vers l'épaule droite, crises d'une durée de 3 à 4 jours, accompagnées d'une tuméfaction transitoire de l'hypochondre.

L'examen révèle à ce niveau une vive douleur et, sous le bord inférieur du foie, une volumineuse tumeur qui paraît être la vésicule distendue. Cette impression se confirme quand, 15 jours plus tard, survient une brutale reprise des douleurs, avec vomissements, nausées, défense musculaire.

L'intervention fait pourtant découvrir une vésicule saine et petite, avec, devant un gros rein droit, un volumineux lobe surnuméraire (15 cm. $\times$ 8 cm.) implanté par un pédicule à la face inférieure du lobe droit, un peu à droite de la vésicule biliaire. On le résèque, guérison rapide ; l'examen de la pièce montre des lésions de dégénérescence graisseuse.

3^o Une malade du Pr HUCHARD (1) présentait de temps en temps des épigastalgies, des vomissements une demi-heure après les repas, des pituites matinales et, depuis peu, un léger point de côté droit. Ethylisme certain.

A l'examen de la région vésiculaire, on trouve une tumeur grosse comme un volumineux poing, mais aplatie, à rebord antérieur lisse, continue avec le reste du foie, de consistance normale, nullement douloureuse au palper, très mobile à la respiration. En outre, il existe de la fièvre à 38°, un léger amaigrissement, et un épanchement pleural droit.

C'est sur ces données que le Pr HUCHARD fait le diagnostic de grosse vésicule calculeuse.

La malade meurt peu après. A l'autopsie, on trouve

(1) HUCHARD. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1903, p. 646-647.

qu'il s'agissait d'un lobe flottant sur un foie éthylique. Vésicule normale ; pleurésie séro-fibrineuse droite.

4^o Dans le cas d'AUDAIN et FOUCAULT (1), une femme de 59 ans se plaint depuis quelques mois d'une gêne douloureuse au-dessus du rebord costal droit, d'inappétence, d'amaigrissement, tandis que l'examen révèle une douleur de l'hypochondre droit et une masse arrondie, très douloureuse à la pression, légèrement mobile à la respiration, sans contact lombaire ni ballottement rénal ; cette masse n'est pas visible à la radioscopie qui montre un estomac et un cæcum ptosés.

A l'intervention purement exploratrice, lobe de Riedel, vésicule absolument saine.

Deux mois plus tard, tous les troubles ont disparu et la masse, qui persiste, n'est plus du tout sensible au palper.

Reprenons les faits :

Les coliques hépatiques avec ictère, dans l'observation de GÉRARD-MARCHANT, rendaient l'erreur quasi inévitable.

Les signes fonctionnels parlaient un langage assez clairement vésiculaire dans le cas du Pr WALTHER : courtes crises de l'hypochondre droit avec irradiations scapulaires droites.

Dans les deux dernières observations les signes fonctionnels [dyspepsie intermittente (éthylisme ?), fièvre et amaigrissement (épanchement pleural) (Obs. n^o 3) ; gêne douloureuse de la région hépa-

(1) AUDAIN et FOUCAULT. — *Phare Médical*, septembre-octobre 1923.

tique (Obs. n^o 4], pouvaient aussi prêter à erreur.

Associés à une tumeur de siège et de forme vésiculaire, les accidents précités imposent donc le diagnostic de grosse vésicule.

Signes physiques. — En ce qui regarde les signes physiques, on pourrait dire que sans doute la vésicule distendue est différente d'aspect, plus globuleuse plus élastique, non accrochable ni en bas ni en dedans. Il faudrait ajouter que parfois elle se montre dure et que certains lobes flottants ont un contour arrondi.

Le signe distinctif le plus fidèle semble fourni par la disposition du bord droit de la tumeur. Le P^r N. FIESSINGER y insiste avec raison. Le bord droit du lobe ne se sent pas en haut, car il « tourne en arrière et s'efface dans l'hypochondre. La grosse vésicule a une ligne verticale extérieure qui permet d'atteindre le rebord inférieur du foie. Il existe donc, dans ce cas, un angle extérieur où pénètrent les doigts, formé par le bord inférieur du foie et la masse vésiculaire » (N. FIESSINGER).

Le diagnostic devient difficile lorsque la vésicule s'entoure de péricholécystite. « Mais le gâteau péritonéal est moins dur, moins lisse, moins précis que le lobe de Riedel » (N. FIESSINGER).

Le maximum de difficultés est réalisé par l'association lobe de Riedel — grosse vésicule (Observations de TROUSSEAU, de RIEDEL, de LÓPEZ...)

La confusion est possible dans les deux sens. En

pareille circonstance il faut, nous l'avons vu, essayer de percevoir la vésicule le long du bord interne du lobe, particulièrement dans l'angle gauche, qu'il forme avec le bord inférieur du foie.

En tout cas, des signes vésiculaires manifestes ne signifient pas nécessairement que la tumeur perçue au palper soit une grosse vésicule. Il est donc utile, dirons-nous avec GOULLIoud, de bien connaître les caractères du lobe de Riedel pour ne pas le confondre avec une vésicule distendue comme le firent tous les médecins qui examinèrent la malade de TROUSSEAU.

III. — Erreurs avec les foies irréguliers et les tumeurs hépatiques

Elles sont moins fréquentes, mais souvent bien difficiles à éviter.

« Une femme de 45 ans, rapporte le P^r N. FIESSINGER (1), pâlit, maigrit rapidement, et se plaint du côté droit. Gros foie dur, à gros lobe gauche et à lobe de Riedel.

Les signes généraux nous font craindre un néoplasme primitif. Un traitement symptomatique fait régresser les signes généraux. La malade va mieux et engraisse.

Après 2 mois nous la revoyons ; son foie est toujours volumineux et dur ; l'attention est attirée par une augmentation de volume de la rate. Le diagnostic de cancer est abandonné pour celui de gros foie irrégulier.

(1) *Journal des Praticiens*, 28 nov. 1927, p. 780-782.

On pratique une réaction de Bordet-Wassermann qui est négative ; tenté cependant, un traitement spécifique ne donne aucun résultat.

C'est alors que, reprenant toute l'enquête, on découvre une éosinophilie manifeste ; la réaction de Casoni est positive. On fait le diagnostic de kyste hydatique du foie sur un foie de cirrhose que légitime la constatation de la splénomégalie.

Ultérieurement apparaît le frémissement hydatique dans l'épigastre qui apporte, après plus de 10 mois d'évolution profonde, la preuve définitive du kyste hydatique. Ce kyste fut opéré par le Dr PARISI ; il était très volumineux et siégeait dans le lobe gauche ».

« Une telle histoire, suivie avec attention et méthode prouve qu'il peut être des plus difficile d'affirmer la nature d'une irrégularité de la masse hépatique. » (N. Fiessinger).

En effet :

1^o *Le kyste hydatique* de la face inférieure du foie surtout quand il est pédiculé ou séparé de la glande par un sillon et qu'il forme une masse mobile et ballottante, peut, en l'absence de signes d'hydatisme, prêter à confusion avec un lobe de Riedel. C'est généralement l'erreur inverse qui est commise, comme dans un cas de GLÉNARD, dans un autre de GÉRARD-MARCHANT. Il est à peine nécessaire de rappeler que le lobe de Riedel n'a jamais le contour orbe et régulier, la rénitence, le frémissement du kyste hydatique, qu'il est pourvu d'un bord interne tranchant, d'un côté externe peu distinct et

que, dans les cas litigieux, les examens de laboratoire (éosinophilie, réactions de Weinberg, de Casoni) peuvent venir trancher le débat.

2^o *La syphilis hépatique* scléro-gommeuse (foie ficelé) peut être assez délicate à éliminer dans les cas, rares en vérité, où le lobe de Riedel présente une surface bossuée. Mais ce dernier, « offre à la main qui le palpe, une apparence beaucoup moins « mutilée » que ces foies couturés de vieilles cicatrices syphilitiques. En outre, il n'est pas, d'habitude, enserré par des adhérences et fixé contre la paroi abdominale comme le gros foie syphilitique » (LETULLE).

Ressemblent bien davantage à un lobe flottant compliqué ; une grosse gomme, certaines tumeurs syphilitiques du foie, telles que celle opérée par le Pr LEGUEU, en octobre 1900.

De plus, un lobe flottant peut recéler une gomme (BASTIANELLI, MUNRO). Il peut aussi être atteint d'hépatite syphilitique localisée (CADE et CHEVALLIER). Les signes généraux et fonctionnels manquent souvent d'éloquence. Le traitement anti-syphilitique les efface mais laisse persister la tumeur ou ne la fait diminuer que partiellement. En pareille occurrence le diagnostic exact est donc susceptible de rencontrer de grandes difficultés.

3^o *Le cancer du foie* c'est-à-dire plus exactement un gros noyau néoplasique du bord inférieur de l'organe, se signale par sa consistance ligneuse, sa

surface irrégulière et marronnée, l'atteinte rapide et cachectique de l'état général.

Cependant, il peut arriver, comme le Pr N. FIESSINGER l'a noté à plusieurs reprises : « qu'un lobe flottant ignoré ne se manifeste par des signes fonctionnels qu'après son infiltration nodulaire. Le cancer est difficile à dépister si l'on ne sent pas les tuméfactions marronnées, irrégulières ».

4° *Les cirrhoses du lobe droit* ont pour elles leur dureté, les signes d'hypertension portale, le subic-tère qui les accompagnent. Mais elles peuvent se constituer au sein d'un lobe flottant (N. FIESSINGER).

5° *L'abcès chronique du foie* même pourrait être évoqué en présence d'un lobe de Riedel « compliqué » et douloureux.

Restent à éliminer :

6° *Les tumeurs « bénignes »* (adénome solitaire, angiome, kyste non parasitaire). Quand elles siègent à la face inférieure du foie, elles constituent une masse arrondie, souvent extériorisée (kyste solitaire) et mobile. Elles se distinguent du lobe de Riedel par leur aspect globuleux et par l'absence de bord tranchant.

Enfin, c'est parfois un épisode infectieux accidentel qui pendant quelques jours vient rendre tout diagnostic impossible.

M. B..., 37 ans, relate FOURNIER (1), présente depuis 4 jours de la fièvre, une toux modérée et des douleurs au niveau des deux bases pulmonaires.

A son entrée à l'hôpital le 22 septembre 1923, la température s'inscrit à 39°1, la langue est saburrale, le faciès un peu vultueux. Le ventre légèrement ballonné présente une défense musculaire dans le flanc et l'hypochondre droits. De ce côté, juste au-dessous du rebord costal, on perçoit une masse dure paraissant descendre jusqu'au voisinage de l'ombilic et dont la matité se confond avec celle du foie. La délimitation exacte est difficile à cause de la contraction. Il n'existe dans cette région aucune douleur spontanée ni provoquée. En outre : signes de bronchite bilatérale, congestion de la base droite. FOURNIER pense à une *affection hépatique aiguë* et comme le malade est un ancien paludéen il fait pratiquer un examen de sang qui montre une formule leucocytaire normale aux points de vue quantitatif et qualitatif. Pas d'hématozoaires, la réaction de Weinberg est négative.

Le 24 septembre : défervescence ; le 30, guérison. Le ventre souple et indolore permet un examen plus approfondi. La tumeur apparaît dure, uniforme et se continue avec le foie de chaque côté par un angle arrondi. Elle est régulière, indolore, mobile avec la respiration ; son bord inférieur est tranchant et accrochable ; pas de ballottement rénal ni de contact lombaire.

La radioscopie, après insufflation colique, confirmant ces données et en l'absence de tout passé hépatique ou vésiculaire l'on conclut avec certitude à un lobe de Riedel. Comme le remarque l'auteur, il était extrêmement difficile de faire le diagnostic exact pendant l'épisode infectieux surajouté ; on pouvait penser à une cholécystite, à un abcès du foie, à un kyste hydatique suppuré, etc.

(1) FOURNIER. — *Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, décembre 1923, XCIII, p. 770-772.

IV. — Erreurs avec d'autres tuméfactions abdominales

Nombre de tuméfactions abdominales sont encore à passer en revue :

1^o *Les péritonites localisées*, sous-hépatiques ou appendiculaires, forment un « gâteau péritonéal » de consistance plus molle, parfois pâteuse et dont les « bords n'ont jamais la netteté, le contour et l'accrochage du lobe de Riedel » (N. FIESSINGER).

L'erreur fut commise cependant par TRÈVES (1) qui opéra pour pérityphlite et par MAYO-ROBSON (2) dont voici l'observation :

Miss W..., 40 ans, a fait en une année plusieurs crises de douleurs intenses dans la région iliaque droite, crises accompagnées de tuméfaction douloureuse de la région cæcale. Chaque crise est marquée en outre par de la fièvre, des vomissements, de la constipation, du ballonnement abdominal et par tous les signes d'une péritonite localisée ou d'une inflammation de l'appendice.

Antécédents bacillaires importants.

Le 29 septembre 1898, on opère : on trouve, au milieu de nombreuses adhérences et siégeant à la pointe d'un lobe de Riedel, une vésicule calculeuse. Cholécystectomie et hépatectomie. Guérison parfaite maintenue 4 ans plus tard.

2^o *Les tumeurs de l'antrum pylorique* sont en général plus médianes. Leur situation dépend d'ailleurs de l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac, comme

(1) Voir page 136.

(2) MAYO-ROBSON. — *Diseases of the gall-bladder and bile ducts* London 1904, p. 372.

il est aisé de s'en assurer en examinant le malade à jeun puis après un repas.

La radiologie fournit la certitude.

3^o *Les tumeurs du côlon droit.*

Deux fois, à notre connaissance (cas de MUNRO déjà cité, cas de CABOT), un lobe de Riedel fut pris pour un *cancer du cæcum*.

Une femme de 56 ans, rapporte CABOT (1), se plaint depuis 18 mois de crises de plus en plus fréquentes, caractérisées par de la céphalée et des vomissements. Parfois elle ressent des douleurs dans le dos ou dans le côté droit du ventre. Elle maigrit et se sent faible.

L'examen découvre juste en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, une masse franchement molle, sensible, mobile, de 7 centimètres de diamètre. Près de cette masse, mais nettement distinct, se trouve le rein droit.

Le Dr C. A. P. porte le diagnostic de cancer du cæcum dont, ajoute CABOT, il existe des formes extrêmement latentes.

A l'intervention (3 septembre 1908) : le cæcum normal recouvre le rein droit ptosé et à la place de ce dernier on trouve un lobe hépatique en forme de langue. Néphropexie. Guérison le 7 octobre.

Dans le même ordre d'idées, signalons encore pour être complet d'autres causes d'erreurs :

- les tumeurs inflammatoires du cæcum ;
- la forme hypertrophique de la tuberculose iléo-cæcale ;

(1) CABOT. — *Differential Diagnosis*, vol. II, p. 34.

— les tumeurs stercorales de l'angle droit du côlon ;

— les spasmes du cæco-ascendant, etc...

4^o Dans le cadre des erreurs possibles, mentionnons encore :

a) *Les tumeurs de l'épiploon.* — La confusion fut commise par HELLIER (1) bien que sa malade eût présenté 6 ans auparavant, une jaunisse accompagnée de coliques et que la tumeur (d'ailleurs extrêmement mobile) s'abaissant à l'inspiration, semblât en rapport avec le foie. Il s'agissait d'un lobe de Riedel linguiforme associé à une grosse vésicule calculeuse.

b) *Les kystes du mésentère*, paramédians, très mobiles, sonores à la percussion, à contours nets et arrondis.

c) *Les kystes du pancréas*, rarement dans l'hypochondre droit, très douloureux, s'accompagnant d'un amaigrissement intense et rapide.

d) *Les tumeurs de la paroi abdominale*, superficielles, mobiles, et se fixant lors de la contraction musculaire.

V. — Les erreurs faciles à éviter

Ce sont : 1^o l'hépatoptose ;

2^o le foie « désaxé. »

(1) Voir page 132.

1^o *L'hépatoptose* se reconnaît aisément sur la constatation des caractères suivants ;

- a) la tumeur a la forme du foie normal ;
- b) tout ou partie de la région hépatique est sonore à la percussion ;
- c) par un palper ascendant on arrive à replacer le foie dans sa position normale (THIERFELDER) ;
- d) les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent à toute la masse hépatique.

2^o Certains foies partiellement ptosés sont surtout *désaxés*. Ils prennent une direction verticale. MORESTIN cité par le P^r N. FIESSINGER en a rapporté un exemple dans lequel la face supérieure de l'organe regardait à droite et la face abdominale à gauche. Ces foies apparaissent comme plicaturés, le lobe gauche conservant une orientation à peu près normale, d'où le nom de « *foie en potence* » sous lequel on les désigne parfois. Ils se distinguent du lobe de Riedel essentiellement par la parfaite régularité de leurs bords.

Comme nous venons de le voir, les causes d'erreurs sont très nombreuses. Dans les cas difficiles, il sera souvent nécessaire de répéter les examens. Le P^r N. FIESSINGER conseille alors :

1^o De mettre le malade au lit pendant 48 heures avec des compresses humides et chaudes sur l'abdomen, ce qui facilite l'exploration ultérieure ;

2^o D'avoir recours au procédé de palpation dit

« de la main savonneuse » que nous avons décrit à propos des signes physiques (1).

Enfin, il pourra être indiqué de demander à la radiologie un complément d'information.

La radioscopie, après 24 heures de diète et deux lavements évacuateurs (N. FIESSINGER) montre souvent, en apparente connexion avec le foie, une ombre qu'il s'agit d'interpréter. Celle-ci, d'ailleurs, comme dans le cas de AUDAIN et FOUCAULT, n'est pas toujours visible.

La radiographie, peut également se montrer infidèle : « Nous l'avons vue deux fois, dit le P^r N. FIESSINGER, prendre un lobe de Riedel pour un gros rein. »

Cependant, la *distension gastrique par la potion de Rivière*, l'*insufflation colique à la poire de Richardson*, facilitent l'interprétation des images radiologiques en éclairant le bord inférieur du foie.

Ces procédés, quoique désagréables, sont simples. Ils ont encore l'avantage de modifier la topographie ou les caractères de certaines tumeurs : les tumeurs hépatiques ou vésiculaires sont repoussées à droite par la distension gazeuse de l'estomac. L'insufflation colique rend sonore le rein ptosé et les tumeurs rénales.

Le pneumo-péritoine, toujours pénible, n'est peut-être pas sans dangers (N. FIESSINGER) et nécessite

(1) Voir pages 60 et 61.

une technique plus compliquée. Il ne fournit pas forcément de renseignements décisifs. L'observation suivante qu'a bien voulu nous communiquer notre Maître le Dr Gaston Durand, en fait foi :

M^{me} X..., 60 ans, entre à l'hôpital pour douleurs sub-continues de l'hypochondre droit, durant depuis plusieurs mois et s'accompagnant de crises douloureuses paroxys-tiques, sans fièvre ni subictère. Elle se plaint, en outre, de constipation, d'inappétence, d'amaigrissement. C'est une femme très maigre, au ventre semi-globuleux mais non tendu, sans ascite ni circulation collatérale.

Au palper le foie ne déborde pas. Mais dans le flanc droit, immédiatement en dehors du bord externe du muscle grand droit, on sent une tumeur oblongue, à grand axe vertical, descendant jusqu'à la partie toute supérieure de la fosse iliaque droite. Bien que la fosse lombaire correspondante soit vide, le palper bi-manuel (la main postérieure déprimant profondément la zone rénale) permet d'obtenir un ballottement douloureux de la tumeur.

A la radioscopie : pas d'anomalie gastrique ; le foie ne paraît pas augmenté de volume ; la tumeur se projette sous l'aspect d'une ombre piriforme, régulière, se perdant en haut dans l'ombre hépatique.

Un pneumo-péritoine pratiqué avec le concours du Dr CARELLI de Buenos-Aires, fait poser le diagnostic radiographique de « volumineuse vésicule sans image calculeuse ». Or, à l'intervention, la « tumeur vésiculaire » n'est autre qu'un lobe de Riedel hypertrophié, dur, mais non néoplasique.

*
* * *

En conclusion, les observations montrent que souvent, seule l'intervention chirurgicale vient re-

dresser l'erreur commise par la clinique malgré l'appoint de la radiologie.

Notre but était de rappeler ces faits et de montrer qu'en maintes circonstances la palpation attentive permet de formuler un diagnostic d'une grande importance pratique.

IX

A PROPOS DU TRAITEMENT

Le lobe de Riedel peut demander un traitement particulier ; mais il s'agit d'ordinaire de traiter l'affection vésiculaire qui le complique ; beaucoup plus rarement on se propose de faire disparaître ou d'atténuer les accidents douloureux liés à une complication *in situ*.

1^o Dans le premier cas, l'intervention du chirurgien est fréquemment nécessaire car le lobe flottant coïncide alors, le plus souvent avec une grave affection de la vésicule. La cholécystostomie, la cholécystectomie, l'ablation des calculs cholédociens n'entraînent pas constamment la disparition du lobe accessoire, qui dans 2 observations du Pr N. FIESSINGER, persista des années après l'opération. Mais elles assurent la guérison fonctionnelle.

2^o Dans le second cas, on a le choix entre les moyens médicaux et l'intervention sanglante.

A. LE TRAITEMENT MÉDICAL OU ORTHOPÉDIQUE n'a pour ainsi dire jamais été employé, du moins n'en connaissons-nous pas d'observation. Il consisterait théoriquement dans le port d'une sangle à pelote,

appropriée à la forme et au siège de la tumeur. Il aurait pour but de diminuer la mobilité du pseudo-lobe et de le protéger contre les traumatismes. Il paraît *a priori* assez illusoire.

B L'INTERVENTION SANGLANTE fixe ou résèque le lobe flottant.

a) *L'hépatopexie partielle* : consiste à « passer à travers le lobe un ou plusieurs fils à suture dont les deux extrémités sont passées dans la paroi abdominale et nouées ensemble avec précaution de façon à assurer le contact du péritoine viscéral recouvrant le tissu hépatique avec le péritoine pariétal. Ainsi, s'établissent les adhérences chargées d'assurer l'immobilisation du lobe flottant » (TERRIER et AUVRAY).

La première hépatopexie partielle fut réalisée par BILLROTH (1) en 1884 pour un lobe ayant donné lieu à d'importants accidents. Quatre semaines après l'opération, la malade, délivrée de tous ses troubles, put quitter l'hôpital.

Deux ans plus tard, TSCHERNING (2) fixe par deux points à la paroi un lobe flottant très douloureux et pratique un tamponnement à la Mickulicz dans le but de provoquer des adhérences plus larges. Sept mois après, la malade, incomplètement améliorée, est encore obligée de se reposer quelques heures quand ses douleurs réapparaissent.

(1) Voir page 65.

(2) Voir page 66.

En 1890, LANGENBUCH, chez une femme de 50 ans, fixe un lobe flottant mal toléré. A sa sortie de l'hôpital, la malade ne ressentait plus aucun trouble et avait repris 9 livres. L'année suivante, le même auteur suture avec succès un lobe de constriction douloureux.

BÆTTICHER rapporte, en 1900, quelques cas de lobes de constriction pour lesquels POPPERT a pratiqué une hépatopexie partielle. Il considère l'opération comme tout à fait rationnelle.

GENOUVILLE, en 1898, fixe une languette hépatique par deux échelons de catgut, mais n'indique pas les suites opératoires.

Il faut bien remarquer que les résultats de ces pexies n'ont été ni suivis, ni contrôlés à longue échéance. Ils furent médiocres dans le cas de TSCHERNING. Peut-on compter sur leur durée si l'on songe « aux mouvements respiratoires et aux déplacements de toute espèce qui tendent continuellement à écarter le lobe de la paroi » ? (E. SCHWARTZ).

Pourtant, TERRIER et AUVRAY la regardaient comme l'intervention de choix. Nous n'en avons pas d'observation récente. Mais, à propos de l'hépatopexie en général, le P^r LECÈNE disait dans sa *Thérapeutique Chirurgicale* : « Je considère que le traitement chirurgical n'est pas plus admissible en principe dans l'hépatoptose que dans la gastrop-tose... ce n'est pas là de la chirurgie utile et je la déconseille à tous ceux que ne taquine pas le seul prurit d'opérer. »

b) *La résection* : Elle fut pratiquée pour la première fois par LANGENBUCH en 1886, pour un lobe flottant gauche extrêmement douloureux ; l'auteur divisa le pédicule et plaça sur lui plusieurs ligatures. Une hémorragie secondaire l'obligea à réintervenir pour assurer l'hémostase. Malgré cet incident, il obtint la guérison complète.

L'entreprise était hardie. BASTIANELLI la renouvela, en 1895, en pratiquant une ligature élastique du pédicule tout entier et en évitant l'hémorragie secondaire par la cautérisation du moignon hépatique.

ROUX (1897), MARTIN (1898), GOULLIoud (1899), le Pr LEGUEU (1901), puis en 1903, LOCKWOOD et en France, le Pr WALTHER résèquent un pseudo-lobe présentant de graves lésions ou occasionnant des accidents pénibles et tenaces. Leurs opérations réussirent sans incident.

Depuis le mémoire de TERRIER et AUVRAY (1898) l'hépatectomie pour tumeur du foie a été maintes fois réalisée avec succès, notamment par le Pr DUVAl (1920), par le Pr HARTMANN (1923), par PETIT-DUTAILLIS et J. LONGUET (1930), enfin, tout récemment par BAUMGARTNER (1935) (1).

Ce dernier auteur recommande pour la section hépatique l'emploi du bistouri électrique coupant et coagulant. Au cours de son intervention et grâce à cet instrument, les surfaces de section du foie

(1) BAUMGARTNER et N. FIESSINGER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1935, tome LXI.

restèrent exsangues ; aucune ligature ne fut nécessaire, l'auteur put accoler complètement l'une à l'autre les deux tranches de section du « coin hépatique » et les suturer pour obtenir une cicatrisation *per primam* de la plaie du foie, sans hématome ni fistulisation biliaire.

En ce qui regarde le lobe flottant, on pourrait être tenté de pratiquer l'hépatectomie en présence d'une masse pédiculée s'offrant à une section et à une hémostase faciles.

Malgré tout, l'hépatectomie semble une opération bien périlleuse pour une anomalie aussi exempte de danger, sinon d'inconvénients.

En conclusion, ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'on pourra avoir recours au traitement chirurgical pour un lobe flottant non compliqué de cholécystite. On n'y sera guère autorisé qu'en présence d'un lobe particulièrement mal toléré et dont les accidents résistent à un traitement médical bien conduit et prolongé.

X

OBSERVATIONS

A titre documentaire, nous donnerons encore le résumé de quelques observations qui n'ont pu prendre place dans le texte.

Observations de Riedel

A. in *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1888, N° 29 et 30.

OBSERVATION N° 1.

M^{me} K... (1), 49 ans, souffre depuis 4 à 5 ans de vomissements fréquents parfois accompagnés pendant 2 ou 3 jours de constipation. Elle a souvent eu des douleurs abdominales ; teint toujours un peu jaunet, mais jamais d'ictère véritable.

Huit jours avant son entrée dans le service de RIEDEL : douleurs abdominales intenses, constipation, vomissements, ventre douloureux et augmenté de volume ; tout cède rapidement à l'administration d'un laxatif.

L'examen (27 septembre 1887) montre un prolongement du lobe droit du foie, ferme, lisse, descendant un peu au-dessous de l'ombilic. Sur son versant interne se trouve une tumeur marronnée, très sensible au palper, mobile avec la respiration.

(1) Voir page 131, planche III, fig. 2.

L'opération (28 septembre) fait découvrir un prolongement hépatique, lisse et brillant. Sur son côté interne, on aperçoit la vésicule augmentée de volume et livide.

Fixation de la vésicule à la peau. Le 6 novembre celle-ci s'est rétractée. On en évacue 110 calculs. Le 28 novembre le lobe hépatique s'est considérablement rétréci. Le 23 janvier 1888, le lobe ne pouvait plus être perçu à l'examen clinique. Guérison complète.

OBSERVATION N° 2

M^{me} R... (1), 39 ans. Excellente santé antérieure à part une violente crise de crampes épigastriques durant quelques jours, survenue il y a 12 ans.

Il y a 5 mois, douleurs abdominales d'une extrême violence à l'occasion desquelles un médecin découvre une tumeur abdominale dont la malade ignorait l'existence.

Le 11 janvier 1888, l'examen montre qu'il s'agit d'un procès linguiforme du lobe droit du foie qui descend à 2 centimètres au-dessous du niveau de l'ombilic. Son extrémité inférieure est assez large ; il a un bord tranchant nettement palpable. Sur son côté médian et à 1 centimètre au-dessous, on sent une tumeur fluctuante qui disparaît sous le lobe hépatique à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic.

Le 13 janvier, l'opération montre sous le lobe hépatique une vésicule modérément tendue.

Le 20 janvier, dans un 2^e temps opératoire, incision de la vésicule : 130 calculs sont extraits ; la vésicule adhère en totalité au lobe linguiforme. Guérison.

(1) Voir p. 131, planche III, fig. 3.

OBSERVATION N° 3

M^{me} C... 30 ans, vue le 3 janvier 1888. Parfaite santé antérieure. Quatre jours auparavant, après un effort, violentes douleurs abdominales et, pour la première fois, apparition d'une tumeur au-dessous de l'ombilic.

A son entrée à l'hôpital, température à 38°, douleurs abdominales d'une extrême violence, pas de selles. Les douleurs sont calmées après purgation.

A l'examen, tumeur faisant corps avec le foie et de forme grossièrement triangulaire. Le sommet de ce triangle se trouvait au milieu de la ligne ombilico-symphysaire, à 1 centimètre au-dessous de la ligne bis-iliaque. Il dépassait la ligne médiane, 2 centimètres vers la gauche. Son côté interne s'inclinait en courbe douce vers la droite, près de l'ombilic. Vers le haut, il se relevait en direction sagittale. Le 2^e côté du triangle fuyait obliquement vers la partie moyenne de l'abdomen. Les deux limites se perdaient en haut sur le bord inférieur du foie. Le sommet des trois angles, le côté externe, la portion inférieure du côté interne étaient arrondis. Plus haut, on sentait à droite et à gauche le bord tranchant du foie. La tumeur était tympanique ; son extrémité inférieure n'était pas tranchante mais ronde, si bien qu'on put croire à un rein ptosé.

A l'opération, tumeur vésiculaire recouverte par le lobe anormal et contenant du pus et un très gros calcul. Deux mois plus tard, lobe et vésicule inaccessibles.

OBSERVATION N° 4

M^{me} S... (2), 42 ans. A fait neuf ans auparavant une crise douloureuse vésiculaire, soudaine, suivie d'ictère. A

(1) Voir p. 131, planche III, fig. 4.

(2) Voir p. 131, planche III, fig. 5.

ce moment elle a perçu « comme un nœud » au-dessous du foie. Les années suivantes, à intervalle de plusieurs mois, nombreuses crises analogues avec, le plus souvent, des vomissements violents et à trois reprises de l'ictère. Depuis, amaigrissement, troubles digestifs, douleurs sourdes et presque permanentes dans la région vésiculaire.

A l'examen, le 10 mars 1890, lobe linguiforme dont la base est relativement large. Au-dessous de lui on palpe nettement la vésicule qui est grosse comme un poing.

A l'intervention, pas de calcul. Un peu de bile épaisse, grande quantité de sérosité.

OBSERVATION. N° 5

Mme B..., 42 ans, se plaint depuis 4 ans de douleurs abdominales. Amaigrissement important depuis l'automne précédent (20 kilogrammes). Appétit diminué, constipation, mélancolie, anxiété, insomnies. Jamais d'ictère ni de coliques hépatiques.

Examen : ventre partout sensible, principalement à gauche et sous le foie. Lobe accessoire dur, dépassant de 2 centimètres, la ligne spino-ombilicale. Pas de tumeur sur son côté médian. Au toucher vaginal, utérus attiré vers la gauche.

Opération (5 mai 1888) : grosse masse violacée dont le sommet adhère à la paroi abdominale antérieure. Vésicule profonde, déplacée sur le côté, mais tout à fait normale. Fixation de la vésicule à la paroi, disparition des douleurs, mais persistance de la mélancolie et de l'anxiété.

B. in Erfahrungen über die Gallenstein-Krankheit.

Berlin, 1892

OBSERVATION. N° 6

Mme Joahanna S..., 66 ans, est vue le 25 juin 1889, avec un diagnostic de rein mobile. C'est une femme maigre,

Schmid,

mais bien portante. Elle a présenté il y a 3 ans un unique accident douloureux qui a duré 12 heures. On sent nettement sur le foie un grand prolongement linguiforme avec un bord peu tranchant. Le sommet inférieur dépasse de 2 centimètres la ligne spino-ombilicale. Il se laisse très facilement refouler en arrière ; il ressemble à un rein mais, contrairement à ce dernier qui aurait repris sa place lombaire, il revient sous la main antérieure dès qu'on cesse la pression. Sur son bord interne on sent une tumeur grosse comme une noix débordant le prolongement, tumeur qui suit nettement les mouvements imprimés au procès hépatique. On sent à ce niveau une légère crépitation.

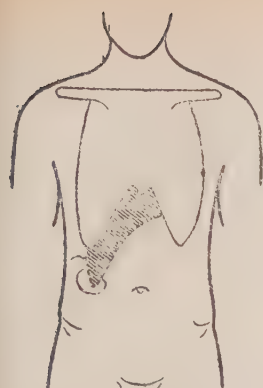
Le 29 juin, incision ; languette hépatique ; vésicule bourrée de petits calculs.

Le 15 août : guérison.

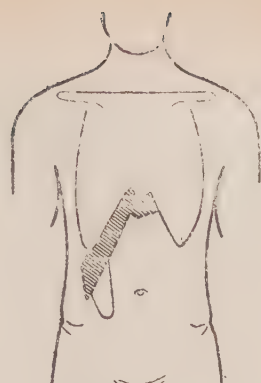
OBSERVATION. N° 7

M^{me} Sanno, 36 ans, vue le 14 avril 1891. Depuis 15 ans souffre toutes les 4 semaines de crises gastriques douloureuses. Amaigrissement de 12 kilogrammes en 2 ans. Depuis le début de Mars, vomissements violents et céphalées. Il y a 4 semaines, après une crise nocturne particulièrement violente, on découvre l'existence d'une tumeur abdominale qui la veille n'existait pas. D'abord très proche de la limite inférieure du foie, la tumeur descend de plus en plus vers l'abdomen ; c'est aujourd'hui une longue et large langue qui dépasse de 2 centimètres la ligne spino-ombilicale. Son bord gauche est tranchant ; à droite on sent une tumeur molle grosse comme une petite pomme ; à ce niveau on perçoit nettement la collision de calculs frottant les uns contre les autres...

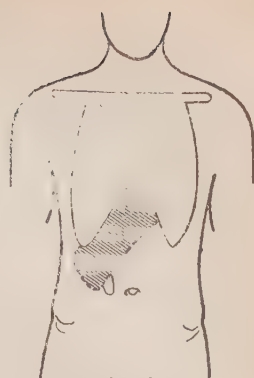
L'opération montre l'existence d'un mince prolongement hépatique, s'effilant en bas en tranchant de hache.



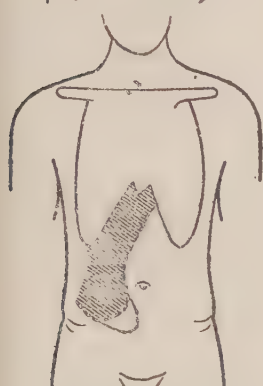
N°1 M^e R. 30ans
(d'après Riedel)



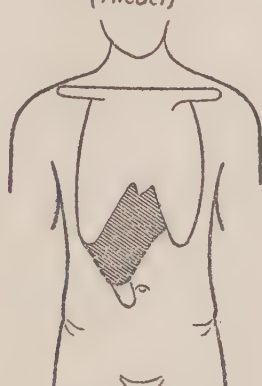
N°2 M^e K. 49ans
(Riedel)



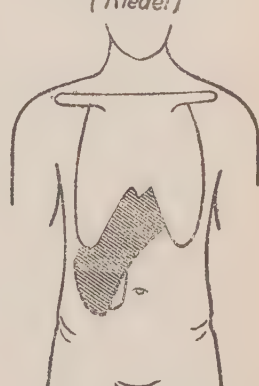
N°3 M^e R. 39ans
(Riedel)



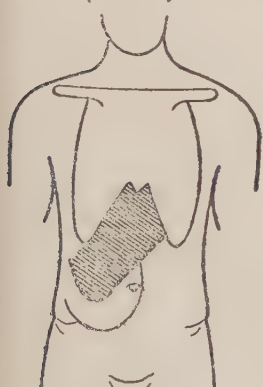
N°4 M^e C. 30ans
(Riedel)



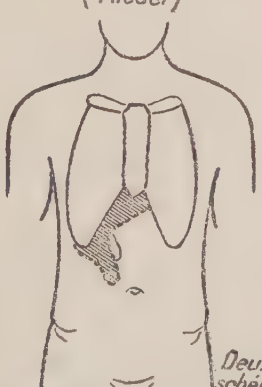
N°5 M^e S. 42ans
(Riedel)



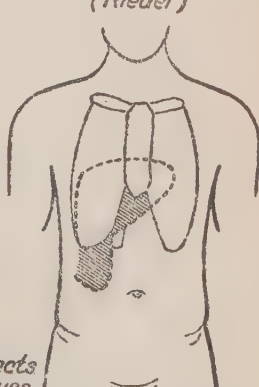
N°6 M^e Clara K. 40ans
(Riedel)



N°7 M^e B. 32ans
(Riedel)



N°8 Simple Languette



N°9 Gros pseudo-lobe

Deux aspects
schématiques

Derrière lui se trouve la vésicule bourrée de calculs. On l'évacue. Guérison. La cicatrice abdominale empêche de déterminer avec précision les contours du lobe linguiforme qui paraît s'être rapetissé.

OBSERVATION. N° 8

Dorothée Wil..., 55 ans, vue le 21 février 1890. Depuis 10 ou 15 ans elle souffre beaucoup de l'estomac et du foie. Elle aurait présenté de la congestion hépatique. Reste toujours pâle et maigre ; ne tolère pas beaucoup d'aliments.

En mars 1889, au cours d'un effort, violentes douleurs hépatiques l'obligeant à garder le lit pendant 3 semaines. Dès le début de ces douleurs, elle remarque dans la région vésiculaire, une tuméfaction très mobile prise par le médecin pour un rein flottant qui aurait adhéré au foie. Pendant 5 semaines, inappétence, goût amer dans la bouche, nausées ; pas de vomissements ni de fièvre ; constipation. Puis, bien que la douleur persiste du côté du foie, le malade peut reprendre un travail modéré.

En août 1889, accès de vomissements bilieux, amaigrissement de 18 livres en 7 semaines. Depuis 15 jours, la tumeur est devenue très douloureuse ; jamais d'ictère.

A l'examen : au-dessous et à droite de l'ombilic et le dépassant de 1 centimètre, tumeur ronde, mobile avec la respiration, légèrement sensible à la pression, en connexion avec le foie. La délimitation entre ce dernier organe et la tumeur est indécise. Matières colorées, pas d'ictère pas d'albuminurie.

Le 25 février, incision. Mince lobe hépatique dont le bord interne, presque vertical, fuit en arrière. On reste dans l'incertitude au sujet du bord droit ; au-dessous du lobe et le dépassant vers la gauche, la vésicule, énorme, tendue, luisante, livide, contient 2 calculs dont un volu-

mineux. Drainage ; la malade sort le 2 avril. Le 11 avril, guérison complète.

Observation de Hellier (1)

L'auteur examine le 25 octobre 1894 une femme de 32 ans qui depuis 2 ans se connaît une tumeur de l'abdomen. C'est une masse très dure, très mobile, située à droite et au-dessus de l'ombilic. Son extrémité inférieure s'accroche mais donne plutôt la sensation d'un pôle rénal. Sa partie supérieure est beaucoup moins nette. La masse est unie, sensible seulement à la pression profonde. Sa mobilité est telle qu'on peut l'amener à droite ou à gauche de l'ombilic et que, dans le décubitus latéral gauche, elle dépasse de 3 pouces l'ombilic. Mobile avec la respiration, elle semble en connexion avec le foie ; elle est sonore à la percussion.

Dans les antécédents : attaque de jaunisse avec coliques 6 ans auparavant. Douleurs épigastriques et interscapulaires, quelques vomissements, alternatives de constipation et de diarrhée. Mais depuis plusieurs mois, les douleurs ont disparu.

L'auteur pose le diagnostic de tumeur de l'épiploon ou même de tumeur de la paroi abdominale.

Le 1^{er} décembre, laparotomie montrant :

1^o une grosse distension de la vésicule et de la partie adjacente du cystique qui présente un calcul enclavé ; 7 calculs vésiculaires.

2^o un procès linguiforme du foie né du bord inférieur de l'organe et qui recouvre la vésicule. Il semble provenir du lobe carré.

Extraction des calculs. Guérison le 5 janvier 1895. Aucune tumeur ne pouvait plus être sentie.

(1) HELLIER. — *British Med. Journ.*, 1895, I, p. 977-978.

Observation de Bastianelli (1)

Diagnostic pré-opératoire : cancer sur un rein ptosé. Lobe flottant recélant une gomme syphilitique. Résection. Guérison.

Femme de 37 ans, mère de 5 enfants, admise à l'hôpital pour des douleurs fixes dans le côté droit du ventre et dans les lombes ; ces douleurs, depuis les 9 derniers mois, présentent des exacerbations lors des mouvements. Inappétence, dépérissement, pâleur, toux, urines normales.

Le foie semble normal, la rate est un peu grosse. Dans l'hémi-abdomen droit, on sent une tumeur de la forme d'un rein, mais trois fois plus grosse, dure, légèrement nodulaire, aisément mobilisable, mate, à peine mobile avec la respiration. Son extrémité supérieure semble deux fois plus large que l'inférieure. Pas de connexion apparente avec le foie. Derrière cette tumeur on sent une masse demi-élastique. Le diagnostic posé est : rein ptosé cancéreux.

Opération : tumeur ovoïde dont la surface présente des stries blanchâtres et des nodules grisâtres. Aucune adhérence. Elle est reliée au lobe droit du foie par une bande de tissu hépatique. Sur sa face inférieure repose la vésicule. Rien d'anormal au niveau du reste du foie. La tumeur est enlevée avec la vésicule. Guérison.

La pièce hépatique pesait 500 grammes ; elle contenait une gomme récente.

Observation de Gérard-Marchant (2)

J. Léon..., 50 ans a fait depuis l'âge de 30 ans, tous les 5 ans, une crise typique de coliques hépatiques. A partir

(1) BASTIANELLI. — *Il Policlinico*, avril 1895, p. 151.

(2) GÉRARD-MARCHANT. — *Presse Médicale*, 1896, n° 46, p. CCXXVIII-CCXXX.

de sa 4^e crise (à 45 ans), présente des accès identiques tous les ans, puis tous les 6 mois.

Le 5 décembre 1895, au cours d'une crise, apparaît un ictère qui persiste depuis. Actuellement, 25 mars 1896, jaunisse intense, mais selles non décolorées. Douleurs spontanées au niveau de l'hypochondre droit, exagérées par la pression.

Par le palper et surtout par le ballotement, on sent une masse volumineuse qui descend dans le flanc droit à la hauteur de l'ombilic ; elle ne donne pas l'impression d'une vésicule calculeuse.

Apyrexie. Mais au cours des 3 dernières semaines il y a eu trois fois des frissons avec ascension thermique à 39°-40°.

Le 3 avril, l'opération montre que la tumeur est une languette dépendant du lobe droit du foie. La vésicule à peine grosse comme une noix semble vide ; elle ne renferme pas de calculs. Il existe dans le cholédoque un calcul de la taille d'une olive et deux autres fragments calculeux.

Pas de suture de la paroi cholédocienne trop friable. Drain entouré de gaze iodoformée. Mort le 16 avril.

Autopsie : foie de couleur jaune foncé tirant sur le vert ; lobe droit allongé latéralement en une languette qui descend jusqu'à 2 travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Vésicule atrophiée, à paroi friable. Mort attribuée à une septicémie péritonéale.

Observation de Martin (1)

Femme de 36 ans, a noté depuis 12 ans une masse dans le côté droit du ventre qui récemment a subi une rapide

(1) MARTIN. — *Birmingham Medical Review*, 1898, p. 92-98.

augmentation de volume et est devenue tendue et douloureuse.

Il s'agit d'une énorme tumeur ovulaire comblant l'hémi-abdomen droit, tendue, très mobile, mate à la percussion, séparée du foie par une zone de sonorité. On pense à une forme inhabituelle de rein mobile (?).

La laparotomie révèle un lobe accessoire du foie accolé à la vésicule. On le résèque. Il pesait 3 $\frac{3}{4}$ pounds.

Observation de Letulle in Thèse de Duvernoy (1)

Foie à lobe droit mobile. Hépatite subaiguë et congestion chronique.

Femme malade depuis plusieurs années et présentant les symptômes d'une cirrhose hypertrophique. Troubles digestifs. Ictère marqué. Circulation veineuse collatérale. Ventre ballonné.

Le flanc droit est rempli par une tumeur ferme atteignant la fosse iliaque. Son bord interne paraît se continuer avec le bord antérieur du foie. Elle est mate, pas de démarcation avec la matité hépatique. Ventre partout sonore. Diagnostic : tumeur du foie ou tumeur sur un rein mobile.

Laparotomie : ascite. La tumeur est un lobe mobile du foie rattaché au bord antérieur de l'organe. Péri-hépatite chronique. On referme l'abdomen aussitôt. L'ascite se reforme rapidement.

Le 8^e jour, la cicatrice cède. Mort le 12^e jour.

A l'autopsie : péri-hépatite ancienne, fausses membranes récentes, qui tapissent le péritoine.

Foie : lobe droit volumineux. Le lobe mobile y attenant mesure 16 cm. $\times$ 17 cm. à sa base ; il se détache du bord

(1) DUVERNOY. — *Le foie mobile*. Thèse de Paris, 1898.

antérieur du lobe droit, immédiatement à droite de la vésicule, il se continue avec la face inférieure du foie sans ligne de démarcation bien nette. En avant, au niveau du point d'implantation, sillon antéro-postérieur et horizontal naissant à hauteur de la vésicule.

Grosse rate dure.

Examen microscopique (P^r LETULLE) : hépatite chronique, hyperplasie nodulaire. En outre, signes de stase sanguine très accusée et très irrégulièrement répartie.

Observation de Trèves (1)

Diagnostic pré-opératoire : Pérityphlite récidivante.

Sur ce diagnostic, TRÈVES se proposa d'enlever l'appendice. Au-dessus de la région appendiculaire sensible, il existait une vague tuméfaction qui en imposait pour un abcès chronique développé entre la fosse iliaque et le foie, abcès qu'on présumait contenir des gaz en raison du son tympanique que la percussion rendait sur sa plus grande étendue. Mais la masse n'était pas sensible, il n'y avait pas de fièvre.

L'incision faite au niveau de la région appendiculaire découvrit le pôle inférieur d'un lobe de Riedel adhérent. Vésicule normale ; ablation de l'appendice.

Suites non indiquées.

Observations de Lockwood (2)

OBSERVATION. N^o 1

Lobe de Riedel révélé par un « catarrhe vésiculaire ».

Une femme se plaint depuis plusieurs mois de douleurs

(1) TRÈVES. — *The Lancet*, mai 1900, t. I, p. 1339.

(2) LOCKWOOD. — *The Lancet*, 1903, p. 223.

sous le 8^e cartillage costal droit. Les signes sont tellement en faveur d'une affection vésiculaire que l'on opère.

La vésicule ne contient pas de calculs, mais beaucoup de bile. On referme. Les douleurs ayant persisté, Lockwood revoit la malade et trouve une tumeur ressemblant exactement à une grosse vésicule. Nouvelle intervention.

On trouve alors un lobe de Riedel dépassant au moins de 3 pouces le rebord costal ; à sa gauche, grosse vésicule mais pas assez dure pour pouvoir être sentie à travers la paroi abdominale. Pas de calculs dans la vésicule qui contenait plusieurs onces de mucus légèrement teinté de bile.

Drainage pendant une quinzaine de jours. Guérison des troubles évidemment causés par le catarrhe vésiculaire.

OBSERVATION. N° 2

Diagnostic pré-opératoire : Rein mobile + appendicite. Lobe de Riedel. Résection. Guérison.

Jeune femme se plaignant de douleurs abdominales surtout au niveau du point de MAC BURNEY. Tumeur sentie en dehors du 1/3 moyen du rebord costal, mobile à la respiration, unie, non douloureuse, réductible en arrière comme un rein mobile, semblant séparée du foie par une aire de résonance.

On croit à un rein mobile. Une ceinture est appliquée sans soulagement.

En présence des douleurs persistantes au point de MAC BURNEY, et de constipation, on pense que le rein mobile est compliqué d'appendicite.

Le 12 juillet 1902 : appendicectomie par voie classique. L'appendice est normal, même histologiquement.

L'opération apprend en outre que la tumeur est rattachée au foie par un épais collet. Après un certain temps, les mêmes accidents recommencent.

En octobre 1902, après un essai de repos au lit, l'ablation de la tumeur semble justifiée, car dès que la malade essaie de reprendre son travail, les douleurs réapparaissent.

Le 28 février 1903, l'opération montre un lobe de Riedel séparé du foie par une large rainure superficielle. Vésicule parfaitement saine ; ablation du lobe flottant. Guérison complète.

Quatre mois après l'opération, santé excellente, aucune douleur.

Observations de Herringham (1)

OBSERVATION. N° 1

Alice H..., 34 ans, admise à l'hôpital le 26 août 1904.

Depuis 4 mois a un peu maigri ; depuis 2 mois a ressenti des douleurs après les repas et un état nauséux.

Le 23 août, en pleine santé apparente, la malade ressent une soudaine douleur au-dessous des côtes droites. A ce niveau, on note l'existence d'une masse.

Les jours suivants, la douleur augmente ; la malade vomit plusieurs fois et présente des sueurs ; les urines se foncent.

Le jour de son entrée à l'hôpital, la malade souffre beaucoup.

Antécédents : jamais de coliques hépatiques. Onze grossesses.

A l'admission : pas de jaunisse, bon état général. Légère bronchite.

Dans l'abdomen : une masse dure, très mobile avec la

(1) HERRINGHAM. — *St-Bartholomew's Hospital Reports* 1905, vol. XLI, London 1906, p. 15-24.

respiration, située au-dessous des côtes droites, descendant au-dessous du niveau de l'ombilic. Cette masse a un bord interne tranchant, continu avec le bord inférieur du foie en haut, un bord externe moins distinct, une limite inférieure arrondie. Elle peut être déplacée en avant au palper des lombes et repoussée en arrière par la palpation antérieure. Ce ballottement semble partiellement dû au déplacement du rein droit qui paraît être derrière la masse. Submatité à la percussion sur la plus grande partie de la tumeur, mais résonance au niveau de son extrémité inférieure. La surface est unie, elle ne peut être séparée du foie. La limite supérieure de la matité hépatique est au niveau de la 6^e côte. Le rein gauche est un peu abaissé et volumineux.

Le 26 août commence une jaunisse qui dure jusqu'au 9 septembre. Mais les douleurs ont presque cessé. La tuméfaction arrondie située à la partie inférieure de la masse diminue ; la masse elle-même, dure et pourvue d'un bord interne tranchant, persiste inchangée.

La malade sort le 16 septembre en excellente santé apparente.

Revue le 3 novembre 1905, elle affirme n'avoir présenté aucun trouble à part une légère douleur. Le lobe de Riedel est moins dur, mais facile à sentir et de mêmes dimensions qu'auparavant.

OBSERVATION. N° 2

M. G. F..., 56 ans, a présenté, il y a 3 ans, une crise de vives douleurs dans la région vésiculaire. Depuis lors, quelques autres crises analogues. Il a eu une légère jaunisse.

Lors de sa dernière crise, évolution fébrile pendant une quinzaine de jours.

Entre les crises, rien à signaler sauf une grande constipation.

A l'examen : lobe anormal du foie à bord interne tranchant, se raccordant avec le bord inférieur de l'organe et sensible sur son côté médian.

Diagnostic certain : lobe de Riedel et vésicule adhérente. Mais le malade refuse de se faire opérer.

OBSERVATION. N° 3

Emma F..., 36 ans, bien portante jusqu'à il y a 7 mois. Trois jours après un accouchement, a été prise soudainement de douleurs dans l'hypochondre droit, de vomissements répétés pendant 6 heures. Pas de jaunisse.

Les mêmes accidents se sont reproduits depuis et semblent déclanchés par les efforts.

Actuellement, 22 mai 1905, bon état général, apyrexie. Abdomen un peu sensible à la palpation profonde. Au-dessous des côtes, tumeur en connexion évidente avec le foie, située dans la région vésiculaire, s'étendant à 1 pouce $1/2$ au-dessous des côtes. Elle est arrondie en bas ; elle ressemble à une vésicule bien qu'elle présente un bord interne tranchant et qu'elle ne soit pas mobile latéralement.

Diagnostic pré-opératoire : lobe hépatique recouvrant une vésicule calculeuse.

L'intervention confirme ce diagnostic : lobe de Riedel recouvrant une vésicule à laquelle il adhère fortement, gros calcul du cystique.

Observation d'Ehrich (1)

M^{me} J. H..., 42 ans, mauvais état général. Se plaint de douleurs lombaires droites irradiant vers le bassin.

(1) EHRLICH. — *Urol. and Cutaneous Review*, Saint-Louis, 1924. XXVIII, p. 163.

Elle est restée au lit depuis 6 mois.

A l'examen on sent très facilement une masse dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen ; elle a la forme d'un rein, mais elle est à peine mobile. Cystoscopie, cathétérisme urétéral, pyéléographie rétrograde demeurent négatifs. L'urine des deux côtés est normale.

Diagnostic pré-opératoire : masse abdominale de nature indéterminée et sans connexion avec le rein.

L'opération révèle une masse un peu adhérente aux organes voisins ; elle se continue avec le foie dont elle provient ; elle n'évoque pas l'idée d'une tumeur maligne. Fait assez curieux : elle a exactement la forme et les dimensions d'un rein. Une encoche située sur sa face antérieure rend la similitude encore plus complète. On referme immédiatement l'abdomen sans autre intervention à cause de l'état général de la malade.

Diagnostic post-opératoire : lobe linguiforme du foie.

Suites : la malade est en bonne santé depuis 2 ans, elle présente seulement de temps en temps quelques douleurs dans le côté droit, dues sans doute à des adhérences.

Observation de Le Fort (1)

Femme de 50 ans, diabétique, a présenté des coliques hépatiques. Depuis 6 mois on lui a découvert une tumeur du flanc droit, à l'occasion de gêne et de douleurs dans cette région.

Le 6 juin, à l'examen, tumeur grosse comme une tête de fœtus à terme et située sous les fausses côtes. Elles n'ont guère changé de volume depuis le premier examen. Son bord interne paraît un peu mince, elle semble suivre les

(1) LE FORT. — *Echo Médical du Nord*, 23 septembre 1906, n° 38, p. 424-425.

mouvements respiratoires. Elle ne présente pas le ballottement rénal. Tous ces caractères sont peu nets en raison de l'embonpoint de la malade. On pense que la tumeur se continue avec le foie, mais elle est sonore à la percussion.

Instruit par un exemple antérieur de grosse vésicule sonore en avant, l'auteur porte le diagnostic de cholécystite probable.

Le 28 juin, laparotomie qui découvre un lobe flottant du foie recouvrant une vésicule située en arrière et en dedans de lui et bourrée de calculs.

CONCLUSIONS

1° Le lobe flottant droit du foie ou lobe de Riedel tire son intérêt clinique des erreurs de diagnostic auxquelles il expose.

2° Il affecte une fréquence insoupçonnée. Apapage presque exclusif de l'adulte, il prédomine de beaucoup chez la femme.

3° Il ne ressortit pas à une étiologie univoque. Dans nombre de cas, il semble lié à l'étroitesse naturelle de la taille féminine.

4° On doit le regarder comme une disposition morphologique du foie normal.

5° Il se complique souvent, mais non toujours, de lésions du foie ou des organes avoisinants. Ces lésions peuvent faire d'une anomalie aussi simple une véritable affection.

6° La complication la plus importante est représentée par la lithiase biliaire qui, ordinairement, revêt un caractère de particulière gravité et peut nécessiter l'intervention du chirurgien.

7^o La symptomatologie du lobe de Riedel pur se réduit à des signes physiques : masse de l'hypochondre droit en continuité avec le foie, ballottante comme un gros rein et pourvue d'un bord interne tranchant.

8^o Les accidents susceptibles de trahir l'existence du lobe de Riedel, relèvent presque toujours de lésions surajoutées.

9^o Le lobe de Riedel prête à confusion avec la plupart des affections tumorales de l'abdomen droit. Les « gros reins », la ptose rénale, les tuméfactions de la vésicule, les « tumeurs » du foie constituent les erreurs le plus souvent commises.

10^o Une palpation attentive permet en général d'éviter ces erreurs.

VU : *Le doyen,*
ROUSSY

VU : *Le Président,*
FIESSINGER

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ALEZAIS et ARNAUD. — Foie humain incisé et lobulé. *Marseille Médical*, novembre 1887, p. 745.
- AUDAIN et FOUCAULT. — Le lobe droit surnuméraire du foie (Lobule de Riedel). Les erreurs de diagnostic auxquelles il peut donner lieu. *Phare Médical*, septembre-octobre 1923.
- BARTH. — Déformation du foie attribuable à l'action des corsets. *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1850, T. XXV, p. 355.
- BASTIANELLI. — Diagnostic et traitement du lobe du foie flottant. *Il Policlinico*, 1^{er} avril 1895 p. 151. et *British Med. Journ.* Tome I épitome 337 ; mai 1895 p. 69.
- BAUER (A.). — L'hypertrophie hépatique des gros mangeurs est totale et non monolobaire. *Progrès Méd.* 1909 p. 525-527.
— L'indépendance des lobes du foie est une hypothèse. *Journ. de l'Anat.* n° 1, 1909, XLV, p. 1-29.
- BAUMGARTNER (Am.) et N. FIESSINGER. — Adéno-épithéliome trabéculaire du foie. Exérèse chirurgicale. Guérison observée après 3 ans. *Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chirur.* 5 juin 1935, Tome LXI, n° 20.
- BÉCOURT. — Contribution à l'étude de l'hépatoptose et de certaines malformations du foie. *Thèse de Paris*, 1913.
- BLET. — Étude sur le foie mobile, *Thèse de Paris*. 1876.
- BOLLINGER. — Ueber die Ursachen und Häufigkeit der Gallensteine in München. *Aertzlicher Verein zu München Sitzung*, vom 5. Dezember. *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 14 fév. 1884 n° 7, p. 109.
- BOETTICHER (G.). — Ueber Hepatopexie. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1900, Tome 56, p. 252.
- BROWNLEE. — Accessory lobe of the liver attached only to the gall-bladder. *Journ. of Amer. Med. Association*, Chicago 1926, LXXXVI, p. 193.

- BRUNTON (T. LAUDER). — Some difficulties of diagnosis in hepatic diseases. *Med. Soc. of London The Lancet* 1 feb. 1896, p. 293. *Transactions of the Med. Soc. of London* 1896, Tome XIX p. 114-121.
- BÜRGER (Max). — Zur Klinik der Leberdystopien, *Klin. Wochenschrift*, n° 3, 15 janvier 1925.
- BUY. — Sillons diaphragmatiques du foie. *Compte rendu de l'Assoc. d'Anat. de Nancy*, Tome VI p. 81-85.
- CABOT (R. C.). — *Differential Diagnosis*. Vol. II, p. 34.
— Riedel's lobe of the liver. Chronic Cholecystitis. What was the right upper quadrant tumor ? *New-England Journ. of Med.* ; vol. 200 ; n° 26, juin 1929, p. 1344-1347.
- CADE (A.) et CHEVALLIER (R.). — Lobes flottants et leurs altérations pathologiques. Aperçu sur les lésions hépatiques partielles. Rôle de la syphilis. *Journ. de Méd. de Lyon*, 1928, p. 473-480.
- CASTAIGNE (J.) et CHIRAY (M.). — *Maladies du foie et des voies biliaires*, Paris 1910 (Masson, édit).
- CAVE (A. J. E.). — Floating hepatic lobe. *The Lancet*, 13 février 1926, I. p. 340.
- CHAILLONS. — Déformation congénitale du foie *Bull. Soc. Anat.*, oct. 1898, p. 572.
- CHAPOTOT. — L'estomac et le corset, *Thèse de Lyon*, 1891.
- CHASSAIGNAC. — Déformation du foie attribuable à l'usage des corsets. *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1838, p. 39.
- CHAUFFARD (A.). — Procédés d'exploration physique du foie. *Bull. méd.* 1903, n° 19, p. 244.
— *In traité de Médecine de Charcot*, 1892, vol. III, p. 136.
— *In traité de Pathologie générale de Bouchard*, Tome VI, p. 41.
— *La Lithiase Biliaire*, Paris 1922, 2^e édit. p. 116-117.
- CORBIN (E.). — Effets produits par les corsets sur les organes de l'abdomen et en particulier sur le foie. *Gaz. Médic. de Paris*, 1830, p. 151-153.
- COUTURIER. — Contribution à l'étude de l'hépatoptose. *Thèse de Bordeaux*, 1895.
- CRUVEILHIER. — Anatomie descriptive (1^{re} Edit). 1834, p. 552-554.
— *Atlas d'Anatomie Pathologique*, Livraison 29 ; pl. IV.
- CULLEN (T. S.). — Accessory hepatic lobe springing from the

- surface of the gall-bladder. *Arch. Surg. Chicago*, 1925 XI, p. 718-764.
- DEPAGE (A.) et MAYER (L.). — A propos de l'hépatopexie. *Journ. de Chirur. et Annal. Soc. Belge de Chir.* Bruxelles, 1904, p. 150-157.
- DEVE (F.). — Au sujet des localisations lobaires du foie. *Comptes rendus et Mém. de la Soc. de Biol.*, 1907, tome I, p. 600.
- DIEULAFOY. — *Manuel de Pathologie Interne*, Tome II, p. 969-971, § 24, Lobe aberrant du foie.
- DUVAL (P.). — Adénome solitaire. Résection du foie. Guérison. *Bull. et Mém. Soc. de Chirur.*, 1920, I, p. 588.
- DUVERNOY (M.). — Le foie mobile. *Thèse de Paris*, 1898.
- EHRRICH (W. S.). — Riedel's lobe of the liver. *Urol. et Cutaneous Review*, Saint-Louis, 1924, XXVIII, p. 163.
- FAVRE. — In traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. Paris 1925, vol. XIX « Syphilis », Tome I, p. 485.
- FAURE (J.-L.). — L'appareil suspenseur du foie. L'hépatoptose et l'hépatopexie, *Thèse de Paris*, 1892.
- FIESSINGER (N.). — Les déformations non pathologiques du foie en clinique. *Journ. des Praticiens*, 1922, Tome XXXVI, p. 217-220 ; 233-235.
- Le lobe de Riedel en pathologie abdominale *Journ. des Praticiens*, 28 novembre 1927, p. 780-782.
- Comment faut-il palper un foie ? *Rev. gén. de Clin. et de Thérap.* Paris 1923, XXXVII, 490-492.
- FISHER (T.). — Some cases of displacement of abdominal viscera *Bristol Medico-surgical Journal*, March 1901, vol. XIX, p. 217-224.
- FORNI. — Contributo allo studio del cosiddetto fegato accessorio. *Bull. di Soc. Med. di Bologna*, 1915, 9 s. III, p. 106-122.
- FOURNIER. — Un cas de lobe hépatique surnuméraire droit. *Bull. et mém. Soc. Anatom. de Paris*, n° 10, déc. 1923, XCIII, 770-772.
- FRENCH (Herbert). — Index of differential diagnosis, p. 366.
- FRERICHS. — *Klinik der Leberkrankheiten*, 2. Aufl. 1861, I, Seite 47.
- *Traité Pratique des Maladies du Foie*, traduit par L. DUMÉNIL et J. PELLAGOT ; édit. 1877, p. 40-44.

FÜTTERER (G.). — Primary carcinoma of the gall-bladder and its sequelae. *Chicago Med. Soc.* 1^{er} avril 1897. *Chicago Med. Recorder*, mai 1897, p. 325-329.

GENOUVILLE et ROUTIER. — Ann. des Malad. des Org. Génito-urin., Tome XVI, 1898, p. 1281.

GÉRARD-MARCHANT. — De la cholécotomie *Presse Méd.*, 6 juin 1896, n° 46, p. CCXXVIII-CCXXX.

GLÉNARD (F.). — 1^o Technique de palpation du foie, par le procédé du pouce, p. 746. Hépatoptose hypertrophiée, lobe flottant du foie p. 647 et suivantes. *Revue Malad. Nutrit.*, 1898, vol. 6.

2^o Classification nosologique de l'hépatoptose. *Lyon Méd.*, 4 juin 1899, n° 23, tome XCI, p. 143.

3^o Les ptoses viscérales, Paris 1899 (Alcan).

4^o Les localisations lobaires hépatiques. *Bull. Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, avril 1901.

5^o Critique de l'indépendance des lobes du foie. *Rev. Malad. Nutrit.* Mai-juin 1909.

6^o Symptomatologie des localisations lobaires hépatiques. *Rev. Malad. Nutrit.*, 1906.

GLÉNARD (R.). — De l'indépendance des lobes du foie. *Progrès Méd.* 1908 n° 8, p. 86 à 89.

— Les déformations du bord inférieur du foie, *J. de Méd., Paris*, 1920, XXXIX p. 105.

— L'hépatisme. *L'Expansion scientifique Française*, 1922.

— Traitement de l'hépatoptose. *Le Concours Médical*, 15 mars 1931.

— Les réactions vaso-motrices du foie (Ptoses). *Rev. Mal. Nutrition*, 3, 1933, p. 363-382.

GLÉNARD et VINCHON. — Les poussées congestives du foie d'origine neuro-végétative. *Presse Méd.*, n° 25, 27 mars 1929.

GRENET. — Foie multilobulé. *Bull. Soc. Anat.*, Paris 1895, LXX, 442.

GOULLIOUD. — De la languette hépatique symptomatique de la lithiase grave chirurgicale du foie. *Presse Médicale*, 3 déc. 1919, n° 76, p. 735-737.

HACKER. (RITTER Von) — Operative Fixierung eines beweglichen abgeschnürten Leberlappens. *Wiener Medizinische*

- Wochenschrift*, n° 14, 3 avril 1886, p. 485-489 ; n° 15, 10 avril 1886, p. 529-534.
- HACKMANN. — Schnürwirkungen. *Thèse de Kiel*, 1894.
- HARRIS (M. C.). — Abnormal mobility of the liver and constriction lobe of the liver. *Tr. West. Surg. and Gynec. Ass. Minneapolis*, 1909, XIX, p. 139-150.
- Movable liver and constriction lobe of the liver. *Surg. Gynec. and Obst.* Chicago 1910, X, 320.
- HARTMANN (H.). — Adénome du foie. Cholécyste ; Cholécytectomy. Résection. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurg.*, 1920, 1, p. 617.
- HAYEM. — La maladie du Corset. *Archives Générales de Médecine*, 1895-II-p. 169.
- HELLER. — *Mitteilungen für den Verein Schleswig-Holsteinscher Aerzte*. Heft 11, n° 2, 10 avril 1886.
- HELLIER (J. B.). — A case of enlarged gall-bladder, with linguiform appendix of the liver. Cholecystotomy. Recovery. *The British Med. Jour.*, 4 mai 1895, vol. 1, p. 977-978.
- HERRINGHAM (W. P.). — Cases of Riedel's lobe, with remarks on the various deformities of the liver. *St. Bartholomew's Hospital Reports*, 1905, vol. XLI (London 1906), p. 15-24.
- HERTZ. — Abnormitäten in der Lage und Form der Bauchorgane bei dem erwachsenen Weibe, Berlin, 1894.
- HESS (August). — Ueber die Beweglichkeit des abgeschnürten, rechten Leberlappens bei Schnürleber. Erlangen, 1903.
- HOCHÉ (L.). — A propos de l'indépendance des lobes du foie. *Bull. Soc. de Biol. de Nancy*, Séance du 24 mars 1925. *In Bull. et Mém. de la Soc. de Biologie Paris*, 1925 tome I, p. 1096.
- HUCHARD. — Les lobes flottants du foie. *Rev. Générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1903, p. 646-647.
- JACQUEMET. — Considérations sur les anomalies du foie et des voies biliaires. *Thèse Lyon*, 1895-1896.
- JUDET (H.). — De l'hépatoptose et de son traitement par l'hépatopexie. *Rev. de Gynécol.*, 1902, vol. 6, p. 131-148.
- KEITH (A.). — The nature and anatomy of enteroptosis (GILNARD'S Disease) *Lancet*, 14 mars 1903 p. 709.
- KÜSS. — Lobe aberrant de la glande hépatique chez l'homme *Bull. Soc. Anat.* Paris 1899, LXXIV, 1062-1070.

- *Journal de l'Anat. et Physiol*, Paris 1889, XXXV, 694-699.
- LAGET. — Anomalie du foie ; lobe surnuméraire. *Bull. Soc. Anat.*, Paris 1874, XLIX, 42.
- LANGENBUCH. — Résection d'un lobule du foie, guérison. *Ann. Soc. Méd. Chir. de Liège*, 1888, XVII, p. 414.
- Ein Fall von Resektion eines linksseitigen Schnürlappens der Leber *Berl. Kl. Woch.*, 10 janv. 1888, n° 3.
- Chirurgie der Leber und Gallenblase, Stuttgart 1897, III, p. 119-139.
- Chirurgie der Leber und Gallenwege. Stuttgart, 1894-1897, II, p. 107.
- LEAF (C. H.). — *Proceedings of the Anatomical Society of Great Britain and Ireland*, 10 février 1899. *In the Journ. of Anat. and Physiol.*, vol. XXXIII, Part. III ; avril 1899, p. xviii.
- LEFAS. — Lobe supplémentaire du foie. *Soc. Anat. Paris*, 1899, LXXIV, 853.
- LEFORT (R.). — Difficultés de diagnostic de certaines tumeurs hépatiques et vésiculaires. Un cas d'hépatopexie et deux cholécystectomies. *Echo Méd. du Nord*, 23 sept. 1906, n° 38, p. 424-425.
- LEGUEU (F.). — Deux cas d'hépatectomie pour syphilis. *Congrès Français de Chirurgie*, Paris 1901, tome XIV, p. 607-611.
- LE LIONNAIS. — Quelques considérations sur les difficultés du diagnostic des tumeurs de l'hypochondre droit formées par la vésicule biliaire. *Thèse de Paris*, 1896.
- LENNANDER. — Foie mobile et cholécystite calculeuse. *Gazette Hôpit.*, 10 mai 1900, p. 545.
- LETULLE (M.). — Examen du foie. *Presse Médicale*, 27 octobre 1906, n° 86, p. 685-688.
- Le foie à lobe flottant. *Presse Médicale*, 10 déc. 1910, n° 99, p. 932-935.
- LEUE. — Ueber die Häufigkeit der Schnürleber, *Thèse de Kiel*, 1891.
- LOCKWOOD (C. B.). — Hepatectomy for the removal of Riedel's lobe. *The Lancet*, 25 juillet 1903, p. 223.
- LONGUET. — Anomalies du foie. *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1874, XLIX, 186-188.

- LÓPEZ (F.). — Languette hépatique et lithiase biliaire. *Thèse de Lyon*, 1918.
- MAC-PHEDRAN (A.). — Tongue-like accessory lobes of the liver. *Canadian Practitioner*, Toronto, 1896, XXI, 401-407.
- MAMET. — Diagnostic clinique de la cirrhose syphilitique du foie chez l'adulte. *Thèse de Lyon*, 1921.
- MARCHAND (F.). — Ueber eine häufige Ursache der Gallensteinbildung beim weiblichen Geschlecht. *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 22 mars, 1888, n° 12, p. 221-222 et 17 janv. 1889, n° 3, p. 49-50.
- MARTIN. — A case of successful removal of a large pedunculated accessory lobe of the liver. *Birmingham Med. Rev.*, 1898, XLIII, p. 92-98.
- MAUCLAIRE. — Lobe marginal pré-rénal du foie. *Bull. Soc. Anat.*, déc. 1894, p. 960.
- MAYO-ROBSON. — Diseases of the gall-bladder and bile-ducts. London 1904, p. 15 et p. 372.
- MILLER. — Hepatoptosis. *Am. Journ. Obst.*, New-York, 1903, XLVII, p. 192-194.
- MINKOWSKI. — *Bull. Méd.*, 1888, tome II, p. 1176.
- MONGOUR (Ch.) et SÉRÉGÉ (H.). — Sur un cas de cirrhose monolobaire, *Bull. Méd.*, 28 janv., 1903, n° 8, p. 87.
- MONGOUR (Ch.). — La notion de foie variable en sémiologie hépatique. *Journ. Méd. Bordeaux*, 31 mai 1903, n° 22, p. 367-370.
- MOODY (R. O.). — Diaphragmatic growes in the liver. *John Hopkins Hosp. Bull.*, Baltimore 1905, XVI, 364-377.
- MORESTIN (H.). — Configuration anormale du foie. *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1896, LXXI, 201-203.
- MOSER (W.). — Anomalous lobulations of the liver. *Med. Record*, New-York 1898, LIV, p. 88.
- MOYNIHAN BERKELEY. — Gall-stones and their surgical treatment, p. 107.
- MUNRO (J. C.). — Gumma of the liver as a surgical disease, *New-York State Journ. of Med.*, avril 1908 ; vol. VIII, n° 4, p. 183.
- NEMOURS-AUGUSTE. — *Radiologie de la vésicule biliaire*, Paris 1934, p. 148.

- O' CONOR (N. J.). — Riedel's lobe of the liver complicating urological diagnosis. *Journ. of Urology*, IV, 1920, p. 97-105.
- OSLER (W.). — Lectures on the diagnosis of abdominal tumors. Lect. IV. Tumors of the gall-bladder, *The New-York Med. Journal*, 21 avril 1894, p. 481-488.
- PANTALONI. — *Chirurgie du foie et des voies biliaires*, Paris 1899. *Hépatectomie partielle* : p. 161 et particulièrement p. 180-181 ; *Hépatopexie partielle* : p. 188-193.
- PELLET. — Contribution à l'étude de l'hépatoptose. *Thèse de Paris*, 1901.
- PENZOLDT. — Ueber die Beweglichkeit des abgeschnürten rechten Leberlappens. *München. Med. Wochensch.*, 1903, I, 412.
- PETERMOELLER. — Ueber den sogenannten Geschlechtstypus der menschlichen Brustbeines. *Thèse de Kiel*, 1890.
- PETERS. — Gallenstein-Statistik nach den Befunden des pathologischen Instituts zu Kiel. *Thèse de Kiel*, 1890.
- PETIT-DUTAILLIS et LONGUET (J.). — Adénome solitaire du foie à pédicule tordu. Extirpation, guérison. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, tome I, p. 506.
- PICHEVIN (R.). — Coïncidence d'un lobe du foie flottant et d'un rein mobile. *Progrès Médical*, 1888, 13 oct., 2^e Série, tome VIII, n° 41, p. 253-254.
- POTHERAT. — Foie lobulé, *Soc. Anat.*, 1888 LXIII-572.
- POIRIER et CHARPY. — *Traité d'anatomie humaine* (1914). Tome IV, Fascicule III, p. 149-151 et p. 195.
- QUINCKE (H.) et HOPPE-SEYLER. — Die Krankheiten der Leber *Specielle Pathologie und Therapie des Pr. H. Nothnagel*. Wien, 1899, tome XVIII, p. 10-16.
- RENDU. — Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales de DECHAMBRE, Art. Foie (*pathol. générale*), p. 710.
- RIEDEL. — Ueber den zungenförmigen Fortsatz des rechten Leberlappens und seine pathognostische Bedeutung für die Erkrankung der Gallenblase nebst Bemerkungen über Gallensteinoperationen. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1888, n° 29, p. 577-581 ; n° 30, p. 602-607.
- Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit, Berlin 1892.
- *Bull. méd.*, 1888 (5 sept.) n° 71, tome II, p. 1177.

- ROBINSON (B.). — Hepatic tumours and hepatoptesia with its treatment. *Med Age Détroit*, 1903, XXI, 405-411.
- ROLLESTON. — Diseases of the liver, gall-bladder and bile-ducts (Londres 1912). Tongue— like lobes, p. 12. Tight-laced liver, p. 8.
- ROUX. — Un cas de cancer primitif du foie avec péricholécystite calculeuse. Perforation intestinale. Hémostase hépatique. *Rev. Méd. Suisse Romande*, 1897, XVII, 114.
- RUGE (G.). — Die äusseren Formverhältnisse der Leber bei den Primaten, *Morphologisches Jahrbuch*, 42, 1911, p. 397.
- Leber mit abgespaltenen rechten Seitenlappen *Morphol., Jahrb.* Leipzig, 1913-14, XLVI, 293-297.
- SANGLINE. — L'hépatoptose. *Thèse de Paris*, 1895-1896.
- SAVY. — Un cas de gomme isolée du foie, diagnostiqué pendant la vie. *Annal. de Dermatol. et de Syphiligraphie*, 1909, tome X, p. 523-526.
- SCHLOTHANE (J.). — Ein Beitrag zur Pathologie der Schnürleber. Würzburg, 1894. .
- SCHÜTZ. — Zungenförmiger Fortsatz des linken Leberlappens durch Verwachsung mit der Vorderfläche des Magens, einen Magentumor vortanschend. *Wien. Klin. Wochenschrift*. 1925, XXXVIII, 863.
- SCHWARTZ (E.). — *Chirurgie du foie*, Paris 1901 (Doin, édit). Lobes flottants du foie, p. 352-359.
- SEGOND (P.). — Art. Foie, dans le *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus* (1898), tome VI, p. 1065-1070.
- SÉRÉGÉ (H.). — 1^o Le foie des gros mangeurs. *Revue Mal. Nutrition*, 1909.
- 2^o Sur l'existence de constantes anatomo-pathologiques et cliniques affirmant l'indépendance anatomique et fonctionnelle des lobes du foie. *Rev. Mal. Nutr.*, mai-juin-juil. 1909.
- 3^o Le meilleur procédé d'examen objectif du foie. *J. de Méd. de Bordeaux*, 25 avril 1926, p. 335-36.
- SEVERI (A.). — Contributo alle malformazioni congenite del fegato. *Riv. di Biol.*, Roma 1925, VII, 275-282.
- SÖMMERING (S. Th.). — Ueber die Wirkungen der Schnürbrüste. Berlin 1793, p. 51 et 59.

- SOULÉ (Th.). — Les sillons costaux du foie (Contribution à l'étude du foie de constriction). *Thèse de Toulouse*, 1902.
- STEINER (I.). — Tumeurs du foie opérées n'ayant été reconnues syphilitiques qu'après l'intervention. *Thèse de Paris*, 1901-1902.
- SYMINGTON (J.). — Variations de volume et de position du foie. *Britisch Med. Jour.*, déc. 1886, p. 11 et 37.
- On certain physiological variation in the shape and position of the liver. *Edinburgh Med. Journ.*, 1888, p. 724-736.
- TASCA (P.). — Un caso di torsione di lobo epatico pedunculato (corsidetto fegato cordato). *Policlin.*, Roma 1924., XXXI, Sez. Chir., 146-151.
- TERRIER et AUVRAY. — *Rev. Chirurgie*, 1897, XVII.
- 1^o le foie mobile et son traitement chirurgical :
I Le foie totalement mobile (hépatoptose totale), p. 621-545 ;
II Foie partiellement mobile, lobes flottants (hépatoptose partielle). p. 729-756.
- 2^o Chirurgie du foie, Paris 1901, p. 144.
- 3^o Les tumeurs du foie au point de vue chirurgical. Etude sur la résection du foie. *Revue de Chirurgie*, Paris 1898, t. 18, p. 831.
- TERRIER et BAUDOIN. — Lobe du foie flottant. Calcul de la vésicule biliaire. Laparotomie exploratrice et cholécystotomie. Guérison. *Progrès Méd.*, 18 août 1888 ; 2^e série, tome VIII, n^o 23, p. 121-123.
- TESTUT. — *Traité d'Anatomie Humaine*, 1931, tome IV, p. 606.
- THIERFELDER. — *Mitteilungen des Vereines für Verbesserung der Frauenkleidung*, Berlin 1897, p. 37.
- THOMPSON. — Some variations in the anatomy of the human liver. *Journal of Anat. and Phys.*, Avril 1885, 19, p. 303.
- TRÈVES (F.). — A clinical lecture on ptosis of the liver and the « Floating lobe ». *The Lancet*, 1900, 12 mai, t. I, p. 1339.
- TROUSSEAU (A.). — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, Paris 1882, (Baillière et fils édit.), t. III, p. 247-251.
- TSCHERNING (E. A.). — Beweglicher Schnürlappen der Leber durch Laparotomie fixiert. *Centralblatt für Chirurg.*, 9 juin 1888, n^o 23, p. 426-428.

- TUFFIER (Th.). — Diagnostic des tumeurs de l'hypochondre droit. *Presse médicale*, 10 juin 1905, n° 46, p. 361.
- WALTHER. — Lobe surnuméraire du foie. *Bull. Soc. Chir. Paris*, 1903, t. 29, p. 888-890.
- WALZEL et GOLD. — Zur Anatomie der sogenannten Nebenleber. *Arch. f. Klin. Chir.*, n° 1-2 ; avril 1925.
- WEBER (F. P.). — Furrowed liver from wearing belt ; card specimen. *Tr. Pathol. Soc. London*, 1896-97, XLVIII, p. 113 et 1900, p. 236.
- WERELIUS (A.). — Hepatoptosis and Hepatopexy. *J. of American Med. Associat.*, 2 march 1912 ; vol. 8, n° 9, p. 610-615.
- WILENSKY (A. O.). — Liver ptosis. *Prog. Med. Philadelphia*, 1921, 11, p. 138.
- WILHELMI (O. J.). — Riedel's lobe simulating nephroptosis. *J. Am. Med. Ass. Chicago*, 1923, LXXX, 1755-1757.
- YVON. — Déformation du foie. *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1878, LIII, 497.
- ZAHN. — Note sur les plis respiratoires du diaphragme et les sillons diaphragmatiques du foie. *Revue Méd. Suisse Romande* 1882, II, 19.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre	I. — Introduction	
Chapitre	II. — Les lobations anormales du foie. Définition du lobe de Riedel. Terminologie.....	3
Chapitre	III. — Historique	10
Chapitre	IV. — Anatomie	28
Chapitre	V. — Etiologie et Genèse du lobe flottant.....	42
Chapitre	VI. — Etude clinique	56
Chapitre	VII. — Formes associées	68
Chapitre	VIII. — Diagnostic	93
Chapitre	IX. — A propos du Traitement.....	121
Chapitre	X. — Observations.....	126
Chapitre	XI. — Conclusions	144
Chapitre	XII. — Bibliographie	147

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 30-11-1935.
